

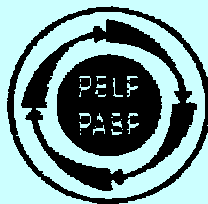
*The Foundation*  
for Medical  
Practice  
Education

Experience

*Expérience*

Practice  
Integration

*Intégration dans  
la pratique*



Learning  
Objectives

*Objectifs  
d'apprentissage*

New  
Knowledge

*Nouvelles  
connaissances*

*La Fondation*  
pour l'éducation  
médicale continue

**Practice Based Learning Programs (PBLP)**  
**Programmes d'apprentissage**  
**basé sur la pratique (PABP)**

McMaster University  
1280 Main Street West • DTC Basement  
Hamilton • Ontario • Canada L8S 4L8

Tel: 905-525-9140 ext./poste 22219 • 1-800-661-3249

Fax: 905-540-4988

Email: [fmpe@mcmaster.ca](mailto:fmpe@mcmaster.ca)

Website: [www.fmpe.org](http://www.fmpe.org)

C

**HUTES CHEZ  
LES  
PERSONNES  
ÂGÉES**

Tout près d'une personne sur 3, autonome et âgée de plus de 65 ans, risque à chaque année, des fractures et d'autres accidents, l'isolement social, la peur de tomber et de l'institutionnalisation, la dépression, la diminution de sa qualité de vie et même le décès suite à une chute en plus des autres conséquences physiques, sociales et psychologiques.

L'hypotension orthostatique, les médicaments, les dangers liés à l'environnement, les problèmes médicaux font partie des éléments qui affectent la démarche, l'équilibre, la force des membres inférieurs, la vision et la proprioception. Ces facteurs agissent de concert avec les changements physiologiques liés au vieillissement et causent des chutes chez les personnes âgées.

Ce module met surtout l'accent sur *la prévention des chutes chez les personnes âgées autonomes*. Il a été élaboré pour vous aider à mettre en place une approche structurée qui favorisera:

- T** l'identification rapide des patients exposés à un risque élevé de chutes
- T** l'évaluation des risques de chute de façon structurée mais personnalisée par l'identification des facteurs de risques les plus pertinents et les plus facilement modifiables
- T** la mise en place d'interventions personnalisées pour aider à réduire les risques identifiés.

Les trois histoires de cas suivantes sont fournies pour aborder les dilemmes cliniques courants. Toutefois, envisagez des cas tirés de votre propre pratique médicale pour enrichir l'apprentissage.

## HISTOIRES DE CAS

## Cas numéro 1: Georgette L., 82 ans

## Première partie

M<sup>me</sup> L. vit seule dans son appartement situé à environ 10 coins de rue de votre bureau. Elle vient régulièrement à ses rendez-vous de suivi en autobus ou en taxi. Ses principaux problèmes de santé sont: l'artérite temporale (qui est bien contrôlée par la prednisone) et l'hypertension (difficilement contrôlée). Les éléments importants de son histoire médicale incluent une chirurgie correctrice de la cataracte (aux deux yeux) et de l'incontinence urinaire de stress. Elle n'utilise aucune aide à la marche pour se déplacer.

Les médicaments qu'elle prend de longue date sont: l'amlodipine, 5 mg, (Norvasc®), l'hydrochlorothiazide, 12,5 mg, la prednisone, 5 mg et l'alendronate, 5 mg, (Fosamax®). Elle a commencé, il y a six mois, le candésartan, 8 mg, (Atacand®). (Elle prend tous ses médicaments une fois par jour.)

**Comment pourriez-vous évaluer rapidement le risque de chute de M<sup>me</sup> L. au cours de la prochaine année?**

## Deuxième partie

Lorsque vous demandez des questions directes pour vérifier si elle a de nouveaux problèmes ou inquiétudes, M<sup>me</sup> répond qu'elle n'en a pas.

Lorsque vous lui demandez spécifiquement si elle a fait une chute ou est passée proche d'en faire une au cours de la dernière année, M<sup>me</sup> L. admet qu'elle est tombée l'hiver dernier. Alors qu'elle revenait d'un magasin de sa localité, elle a glissé sur une plaque de glace et elle est tombée. Elle a eu un bleu sur les fesses mais pas d'autres blessures.

Lorsque vous la questionner un peu plus, M<sup>me</sup> mentionne qu'elle a eu besoin d'aide pour monter et descendre les escaliers depuis un mois ou deux parce qu'elle a l'impression que son équilibre est parfois «instable».

**Comment pourriez-vous évaluer de façon plus complète son risque de chutes répétées?**

## Troisième partie

M<sup>me</sup> L. accepte de passer un test pendant que vous l'observez: se lever de sa chaise, marcher trois mètres (10 pieds), se tourner, revenir vers la chaise, se retourner puis s'asseoir.

**Qu'est-ce que vous recherchiez durant le test Get-Up-and-Go?**

**Que pourriez-vous recommander pour l'aider à diminuer son risque de tomber à nouveau?**

## Cas numéro 2A: Alice M., 88 ans

Le mari de M<sup>me</sup> M. est décédé, il y a huit ans. Elle est votre patiente depuis plusieurs années, soit depuis qu'elle a déménagé dans un appartement aménagé pour elle par sa fille Brigitte qui est aussi votre patiente. Elle n'utilise pas d'aide à la marche et elle compte sur sa fille pour la transporter. Aujourd'hui, M<sup>me</sup> M. vient pour son examen médical annuel avec Brigitte.

M<sup>me</sup> M. est une femme grande, légèrement voûtée et bien mise; elle porte des souliers à petit talon. En réponse à vos questions précises, elle admet qu'elle est tombée à deux reprises dans la dernière année. La première fois a eu lieu au milieu de la nuit, il y a environ cinq mois, alors qu'elle a perdu l'équilibre en allant à la salle de bain. La seconde chute est survenue environ un mois plus tard alors qu'elle a trébuché sur le rebord d'un tapis dans son salon. Elle nie avoir eu des vertiges ou s'être sentie la tête légère avant ces chutes. Elle dit aussi n'avoir pas perdu connaissance. Même si elle nie avoir eu des blessures graves suite à l'une ou l'autre de ces chutes, elle a quand même eu une contusion au coude lors de sa première chute. Elle est aussi passée «proche de tomber» à plusieurs reprises.

M<sup>me</sup> M. admet qu'elle a peur de tomber encore et qu'elle s'inquiète de ce qui «pourrait arriver» si elle tombait à nouveau. En conséquence, elle a beaucoup restreint ses activités à l'intérieur et à l'extérieur de sa maison.

L'examen physique révèle:

- TA en décubitus :125/80; TA debout: 105/70; pouls régulier (76 BPM)
- examen cardiaque normal; pouls périphériques bien sentis; pas d'œdème périphérique
- modifications arthrosiques légères aux mains et aux pieds
- rotation externe diminuée de la hanche gauche
- pas d'articulation douloureuse
- points de pression aux pieds induits par les chaussures mal ajustées mais pas d'éraflures ni de plaies.

Vous ne notez aucun signes neurologiques de latéralisation ni de tremblement ou de raideur. La force des fléchisseurs de la hanche gauche est inférieure à celle de la droite. La démarche est un peu instable mais le balancement des bras est normal.

Son histoire médicale inclut une dépression chronique et de l'hypertension. Les médicaments qu'elle prend de

longue date sont: l'hydrochlorothiazide, 25 mg par jour, la nortriptyline, 50 mg au coucher, (Aventyl®) et de l'acétaminophène, au besoin. Elle prend aussi des suppléments quotidiens de calcium (1500 mg) et de vitamine D (800 UI).

**Quelles seraient vos principales inquiétudes si M<sup>me</sup> M. tombait encore?**

**Comment pourriez-vous évaluer, de façon plus poussée, son risque de chute?**

**Comment pourriez-vous prendre en charge sa situation?**

#### Cas numéro 2B: Brigitte W. (la fille d'Alice), 66 ans

Le mois suivant, Brigitte se présente à votre bureau pour son bilan de santé annuel. Lorsque vous lui demandez si elle a des inquiétudes, elle mentionne qu'elle a de plus en plus peur de finir comme sa mère. Brigitte reconnaît que sa mère limite ses activités et se sent de moins en moins autonome à cause de ses récentes chutes. Elle vous dit que «ce serait bien si elle pouvait faire quelque chose» pour éviter la même situation pour elle.

**Comment pourriez-vous conseiller Brigitte?**

#### Cas numéro 3: Bertrand I., 76 ans

M. Bertrand I. et sa femme de 74 ans sont vos patients depuis de nombreuses années. Il ne présente aucun problème médical et ne boit pas d'alcool sur une base régulière. Puisque M. I. ne conduit plus son auto depuis l'année dernière (pour limiter les dépenses), ils viennent rarement vous consulter. Le mois dernier, alors qu'ils étaient en visite chez leur fille, ils ont consulté une clinique sans rendez-vous tout près de chez elle.

M<sup>me</sup> et M. I. viennent tous les deux vous voir aujourd'hui pour une visite semi-urgente. M<sup>me</sup> I. indique que son mari est «tombé la nuit passée et s'est cogné la tête». Il n'a pas perdu connaissance et elle n'a pas constaté de changements de sa mémoire ni de difficulté à marcher.

La discussion révèle que M. I. a de plus en plus de difficulté à dormir depuis les 6 derniers mois et que le médecin de la clinique sans rendez-vous lui a prescrit des «pilules pour dormir», de l'oxazépam, 15 mg au coucher. Il prend aussi souvent 50 mg de dimenhydrinate (Gravol®) au coucher, sur la suggestion d'un ami.

M<sup>me</sup> I. mentionne que son mari a commencé à avoir des cauchemars depuis 2 semaines. Il est aussi plus confus la nuit et il est souvent convaincu qu'un rôdeur s'est introduit dans la maison. La nuit dernière à 3 heures, il

s'est levé convaincu que quelqu'un s'était introduit dans la maison et il est tombé.

Vous examinez M. I. et vous ne constatez aucune contusion ni blessure. Sa démarche est voûtée et le balancement de ses bras est diminué. Ses réflexes sont normaux. Il n'y a pas de signes neurologiques focaux ou de latéralisation. Son score au mini-mental (Forstein) est de 26/30; il a perdu des points à: l'orientation, l'attention, la mémorisation de mots après cinq minutes, l'incapacité à dessiner des pentagones sécants.

Le reste de l'examen est sans particularité.

**Que pourriez-vous faire aujourd'hui pour prévenir d'autres chutes chez M. I.?**

**Vous inquiéteriez-vous aussi des risques de chutes chez sa femme?**

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

### L'INCIDENCE ET LES CONSÉQUENCES DES CHUTES

1. Les chutes «accidentelles» constituent la principale cause de morbidité et de mortalité chez les personnes âgées et contribuent pour tout près de la moitié des admissions en centre d'hébergement et de soins de longue durée<sup>1,2</sup>. Plus de 85% des blessures et 66% des décès accidentels chez les personnes âgées sont causées par des chutes<sup>3</sup>.
2. Chaque année, environ: <sup>1-7</sup>
  - un tiers des personnes âgées autonomes de plus de 65 ans et la moitié de celles qui ont plus de 80 ans tombent
  - 15 à 25% de ces chutes entraînent des blessures majeures (des fractures, des blessures à la tête et des blessures graves au niveau des tissus mous) dont les trois quart sont des fractures
  - 1 à 2% des chutes causent des fractures de la hanche — et environ 1 personne âgée sur 4 qui se fracture la hanche décède dans les 6 à 12 mois suivants.

Donc, dans une communauté de 1000 personnes âgées autonomes, environ 330 personnes tomberont au moins une fois dans l'année. De ces personnes, environ 16 auront une fracture dont 5 une fracture de la hanche — parmi ces dernières, une ou deux personnes en mourront au cours de l'année suivante.
3. Les chutes représentent un problème de santé publique majeur à cause des coûts astronomiques qui leur sont associées (plus d'un milliard de dollars chaque année, au Canada, pour le traitement et la

- réadaptation)<sup>2</sup>. **Chez les personnes âgées, la meilleure façon de réduire les répercussions des chutes est d'en réduire le nombre.**
4. Même si les chutes n'entraînent pas nécessairement des blessures sérieuses ni le décès, elles peuvent tout de même mener à un sentiment d'incapacité, de peur de retomber et d'être placé en centre d'hébergement. Les personnes âgées qui tombent peuvent avoir tendance à limiter leurs activités de loisir (p.ex. aller à l'église, faire de l'exercice et des activités physiques, magasiner, avoir des activités sociales) et mêmes les activités essentielles (p.ex. prendre un bain, s'habiller ou faire du ménage)<sup>5</sup>. En conséquence, cela peut augmenter leur dépendance aux autres et ainsi mener à: une diminution de leur qualité de vie; à l'isolement social et à la dépression; à une diminution de leur force musculaire, de leur équilibre et de leur mobilité<sup>3,5,6,8</sup>.
  5. **Le meilleur facteur de prédiction de chute est une chute antérieure.** Au moins la moitié des personnes âgées qui ont déjà fait une chute, chuteront à nouveau dans les 6 à 12 mois suivants<sup>9</sup>.
  6. Les chutes multiples peuvent être secondaires à d'autres problèmes d'ordre cardiaques, mentaux ou physiques et être le prélude à un déclin rapide de l'état de santé et, éventuellement, peut mener au décès. L'identification et le traitement de la ou des causes sous-jacentes aux chutes peuvent:<sup>6</sup>
    - ramener les patients à leur niveau de fonctionnement de base
    - réduire leur risque de chutes subséquentes
    - réduire de façon importante la morbidité et la mortalité causées par les chutes
    - apporter des gains importants au niveau de la qualité de vie des patients et de leurs aidants naturels.
  7. **La plupart des chutes chez les personnes âgées résultent d'une interaction de facteurs de risque intrinsèques et extrinsèques** (voir le tableau A). Les facteurs intrinsèques sont liés à la condition physique ou aux diagnostics du patient alors que les facteurs extrinsèques sont liés à une plus grande variété de composantes avec des répercussions sur le patient. Les facteurs extrinsèques sont plus facilement modifiables<sup>3,5,6,9</sup>.
  8. Les facteurs de risque liés au vieillissement sont souvent associés à des composantes de problèmes chroniques ou aigus qui affectent les influx sensoriels (en particulier, la vue), l'analyse au niveau central et la coordination musculosquelettique (en particulier, les membres inférieurs)<sup>5,6</sup>.
  9. On évalue que 60% de toutes les chutes fatales ont lieu à la maison typiquement lorsque les personnes âgées vaquent à leurs activités de la vie quotidienne<sup>5,6,8</sup>.
  10. L'incidence des chutes a révélé qu'elle augmente en fonction du nombre de facteurs de risque identifiés [preuves de niveau 4]:<sup>1</sup>
    - 8% sans facteur identifié
    - 19% avec un facteur identifié
    - 78% avec quatre facteurs ou plus identifiés.

Donc, les changements apportés à quelques facteurs peuvent avoir de grandes répercussions sur le risque global<sup>5</sup>.

## LES FACTEURS DE RISQUE QUI CONTRIBUENT AUX CHUTES

7. **La plupart des chutes chez les personnes âgées résultent d'une interaction de facteurs de risque intrinsèques et extrinsèques** (voir le tableau A). Les facteurs intrinsèques sont liés à la condition physique ou aux diagnostics du patient alors que les facteurs extrinsèques sont liés à une plus grande variété de composantes avec des répercussions sur le patient. Les facteurs extrinsèques sont plus facilement modifiables<sup>3,5,6,9</sup>.
8. Les facteurs de risque liés au vieillissement sont souvent associés à des composantes de problèmes chroniques ou aigus qui affectent les influx sensoriels (en particulier, la vue), l'analyse au

LA PRÉVENTION DES CHUTES ET L'ÉVALUATION

11. Les médecins de famille, à titre de premier intervenant avec les personnes âgées et le système de santé peuvent profiter de leur relation privilégiée avec leurs patients pour mettre en place un dépistage efficace et encourager les stratégies de prévention<sup>10,11</sup>.
- a. Les récentes lignes directrices fondées sur des données probantes<sup>12</sup> recommandent qu'on questionne tous les patients âgés à savoir s'ils ont fait des chutes et qu'on fasse un test rapide pour vérifier leur équilibre et leur démarche (voir le tableau B).

- b. Le Groupe de travail canadien sur les soins de santé préventifs<sup>13</sup> et le US Preventive Services Task Force<sup>14</sup> ont révélé qu'il y a des preuves acceptables à suffisantes que les mesures multiples réduisent le risque de chute et qu'il y a des preuves suffisantes pour référer les patients qui sont tombés à une équipe multidisciplinaire pour une évaluation (si ce service est disponible)<sup>14</sup>.

Tableau A: Facteurs généraux de risque de chute chez les personnes âgées<sup>2,5,6</sup>

Intrinsèques <44444444> Extrinsèques	Facteurs	Répercussions et commentaires
	Médicaments et alcool	Polymédication: <ul style="list-style-type: none"> <li>plus de 3 médicaments sous prescription</li> <li>médicaments psychotropes, anti-convulsivants, et les antiarythmiques de classe 1A sont les plus liés aux chutes</li> <li>les psychotropes doublent le risque de chutes récurrentes</li> <li>les anticoagulants augmentent le risque de blessures si une chute survient</li> <li>la consommation d'alcool augmente le risque de chutes</li> </ul>
	Environnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>les causes les plus fréquentes de «chutes accidentelles» sont: les tapis non fixés, les planchers glissants, les seuils de porte inégaux, l'éclairage inadéquat, les meubles et les luminaires dont la hauteur est inappropriée (trop haut ou trop bas), le manque d'appui pour les membres supérieurs, les escaliers (qui constituent un problème particulier lorsqu'ils sont combinés à la faiblesse des membres inférieurs, à des rampes inadéquates, et à une faible acuité visuelle et(ou) éclairage)</li> </ul>
	Hypotension (orthostatique, post-prandiale ou causée par les médicaments)	<ul style="list-style-type: none"> <li>est associée à plus de 20% des chutes; affecte ~15% des personnes âgées — et ~30% de celles traitées pour l'hypertension</li> <li>les changements liés au vieillissement (p.ex. diminution de l'élasticité (compliance) des vaisseaux sanguins, sensibilité des baroréflexes diminuée, prédisposition à l'hypotension post-prandiale) contribuent à l'orthostase?</li> <li>les diurétiques, les anticholinergiques, les antihypertenseurs, les psychotropes, les benzodiazépines, et autres somnifères, les ISRS, les antidépresseurs tricycliques, les neuroleptiques et autres peuvent aussi contribuer à l'orthostastisme</li> </ul>
	Peur de tomber	<ul style="list-style-type: none"> <li>un corollaire aux chutes qui est sous-estimé est la peur de tomber à nouveau; un sentiment très fréquent chez les personnes âgées autonomes</li> </ul>
	Diminution de l'acuité visuelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>les modifications liées au vieillissement incluent l'acuité visuelle, le déclin de la capacité d'accommodation, la perception stéréoscopique altérée (soit la diminution de la perception en trois dimensions et le contraste des objets)</li> <li>les personnes âgées ont donc besoin de trois fois plus de contraste pour bien détecter les objets</li> <li>les cataractes, la sensibilité aux éblouissements et (ou) une moins bonne adaptation de l'obscurité à la lumière sont d'autres causes qui diminuent encore plus l'acuité visuelle.</li> </ul>
	Problèmes de démarche, d'équilibre et de mobilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>augmentent le risque de chute d'environ 3 fois</li> <li>les changements liés au vieillissement incluent: l'instabilité posturale, le temps de réaction diminué, une diminution de l'intégration central des données provenant de tous les sens</li> <li>associés à l'arthrite, aux AVC, aux problèmes des pieds, à la maladie de Parkinson, etc.</li> </ul>
	Faiblesse des membres inférieurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>fréquente et très importante: multiplie environ par 5 le risque de chute</li> <li>apparaît souvent avec: l'AVC, une neuropathie, l'inactivité reliée à l'arthrose, etc.</li> </ul>
	Maladie aiguë	<ul style="list-style-type: none"> <li>les chutes peuvent être des signes non spécifiques avant-coureurs d'une maladie aiguë ou d'une exacerbation d'un problème chronique (p.ex. arythmie, problème valvulaire, syncope, sténose spinale)</li> <li>10 à 20% des chutes sont liées à une maladie aiguë.</li> </ul>

**Tableau B:** Le test *Get-Up-and-Go* <sup>2,15</sup>**Déroulement du test**

Le patient est assis sur une chaise. Demandez-lui de:

- se lever de la chaise (de préférence, sans utiliser les mains et les bras)
- marcher une petite distance — à travers la pièce, habituellement, 3 mètres ou 10 pieds (utiliser une canne ou une marchette si le patient l'utilise d'habitude)
- tourner
- revenir vers la chaise
- se tourner et s'asseoir

**Surveillez pour détecter de l'instabilité  
ou d'autres difficultés**

**Les facteurs évalués sont:**

- l'équilibre (en passant en position debout, en marchant, en tournant et en s'asseyant)
- la démarche (la facilité à l'initier, la vitesse, la symétrie et la hauteur des pas)
- la mobilité
- la force musculaire (en passant en position debout et en s'asseyant)
- les fonctions cognitives (capacité à interpréter les consignes générales et à se souvenir des composantes)
- l'audition (lorsque les instructions sont données)

12. Les manoeuvres suivantes ont plus de probabilités de réduire le risque futur de chute chez les personnes âgées <sup>5,16</sup>.
- l'identification **d'antécédents de chute** ou de presque chute
  - **l'évaluation structurée des chutes** qui identifie souvent les facteurs intrinsèques ou extrinsèques que l'on peut modifier par un traitement ou une intervention
  - la mise en place appropriée **d'interventions personnalisées** qui augmentent la stabilité ambulatoire.

**L'identification et l'évaluation des personnes âgées qui ont déjà fait des chutes**

13. **La façon la plus simple et la plus efficace d'identifier les personnes âgées qui chutent, c'est de leur poser la question!** On devrait questionner, à chaque occasion, toutes les personnes âgées — et, en particulier, celles qui ont 75 ans et plus ou qui ont des facteurs de risque connus. Plusieurs personnes âgées sont réticentes à avouer qu'elles sont tombées parce qu'elles ont peur d'être placées en institution <sup>2,6,9</sup>.

14. On devrait demander à toutes les personnes âgées qui nient toute chute ou presque chute de passer le test **Get-Up-and-Go** (voir le tableau B). Lors de ce

test de dépistage bref, on devrait observer la série d'habiletés essentielles à une mobilité sécuritaire des personnes âgées suivantes: se tenir debout, marcher, se tourner, arrêter et s'asseoir <sup>2</sup>.

- a. Les patients qui n'éprouvent aucune difficulté à passer ce test n'ont pas besoin d'évaluation plus poussée — pour le moment <sup>2</sup>.
  - b. Une évaluation beaucoup plus poussée s'impose chez ceux qui ont de la difficulté à réussir ce test <sup>2</sup>.
15. Plusieurs variations du test *Get-Up-and-Go* incorporent le temps requis pour exécuter le test: *Timed Get-Up-and-Go*, *Timed Up-and-Go*, et *Expanded Timed Get-Up-and-Go*. Les recherches indiquent que ces tests sont valides et efficaces pour évaluer l'équilibre, la démarche et la mobilité et qu'ils peuvent être utilisés pour établir une référence et servir de comparaison pour évaluer les résultats des interventions ciblées <sup>6,17,19</sup>.
- Les patients qui n'ont aucun déficit cognitifs, auditifs ou de mobilité peuvent habituellement compléter ce test en moins de 10 secondes. Toutefois, dans une pratique clinique occupée, le chronométrage du test peut distraire l'observation. Il est alors préférable d'utiliser un chronomètre <sup>20</sup>.
16. La plupart des chutes sont le résultat d'une d'interaction complexe de plusieurs facteurs contributifs, et impliquent donc qu'une seule approche/solution est insuffisante pour procéder à l'évaluation du risque de chutes et à leur prévention <sup>2</sup>.
- a. Même si une chute peut être un événement isolé, il est important, lors de chutes récurrentes, d'évaluer toute cause traitable <sup>6</sup>.
  - b. Une histoire médicale complète et une évaluation mettant l'accent sur la condition médicale du patient et l'organisation de sa vie quotidienne permettent d'identifier des interventions individualisées ou des facteurs qui peuvent être corrigés efficacement pour réduire son risque de chutes subséquentes (voir l'annexe 1) <sup>6</sup>.
17. Les chutes qui causent des blessures et qui sont associées à une nouvelle maladie aiguë, à une perte de conscience, à de la fièvre ou à des anomalies de la tension artérielle exigent une évaluation immédiate <sup>6</sup>.
- a. Les patients qui ont chuté peuvent avoir une perte de connaissance sans s'en rendre compte; donc, envisagez la possibilité d'une syncope chez les patients qui disent être «juste tombés» <sup>2</sup>.
  - b. On doit aussi évaluer les étourdissements qui peuvent avoir plusieurs étiologies (p.ex.,

l'hypotension orthostatique, maladie du sinus carotidien et les arythmies) <sup>8,21</sup>.

18. Il faut prendre tout le temps nécessaire pour recueillir les détails de la chute et rechercher les éléments clés qui y ont contribué dont les points suivants:<sup>5,6</sup>
- a. Questionner les témoins de la chute, si c'est possible.
  - b. Déterminer s'il s'agit de la première chute ou d'une récurrence — puisque le plus important facteur de prédiction d'une chute est une chute antérieure et que les chutes récurrentes ont plus de probabilités d'être causées par des facteurs intrinsèques.
  - c. Déterminer le lieu et le moment de la chute.
  - d. Identifier les événements, les activités et les symptômes qui ont immédiatement précédés la chute (p.ex., la sensation de tête légère ou les changements de position qui peuvent suggérer de l'orthostastisme; les palpitations qui peuvent suggérer une arythmie) ou suivis la chute (p.ex. la perte de conscience, l'incontinence ou la confusion).
  - e. Déterminer si les précédentes chutes sont survenues aux mêmes endroits et(ou) dans les mêmes circonstances (p.ex. après avoir trébuché).
  - f. Faire la revue exhaustive de:
    - tous les médicaments que le patient prend incluant sur prescription, sans prescription, les produits naturels et de médecine alternative
    - des antécédents de problèmes musculosquelettiques, neurologiques et cardiaques.
19. Les facteurs de risque suivants associés aux chutes potentiellement modifiables: grimper, glisser, transférer son poids, trébucher ou perdre l'équilibre, ont été étudiés lors de nombreuses études prospectives. La revue de 83 études de ce type a servi de base aux nouvelles lignes directrices axées sur la pratique pour évaluer et prévenir les chutes chez les personnes âgées <sup>9</sup>. Ces nouvelles lignes directrices sont dans la même lancée que les précédents guides de pratique et en améliorent la compréhension <sup>12,22-25</sup> (voir les tableaux C et D).

**Tableau C:** Recommandations chez les personnes âgées qui ont des antécédents de chute <sup>9,26,27</sup>

Évaluation(s) recommandée(s)	Catégorie de recommandation <sup>28</sup>
Dépistage (par un ergothérapeute) des dangers du milieu de vie	Classe A
Dépistage multifactoriel des déficits et des dangers environnementaux	Classe B
Évaluation répétée avec une grille d'incapacité	Classe non évaluée

**Tableau D:** Éléments clés des facteurs de risque potentiellement modifiables <sup>9</sup>

Facteurs intrinsèques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• état mental (cognitif et psychiatrique)</li> <li>• incapacité des membres inférieurs ou diminution de la force musculaire des membres inférieurs</li> <li>• acuité visuelle diminuée</li> <li>• problèmes d'équilibre et de démarche</li> <li>• diminution du fonctionnement neuromusculaire des membres</li> </ul>
Facteurs extrinsèques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• l'emploi de psychotropes</li> <li>• la polymédication</li> <li>• les dangers environnementaux</li> <li>• l'utilisation d'aides à la marche</li> <li>• les activités de la vie quotidienne</li> </ul>

20. Les composantes d'un examen physique pour faire une évaluation structurée du risque (voir le tableau E): <sup>5,6</sup>
- ont comme objectif d'identifier les facteurs contributifs et (ou) de valider les facteurs déjà identifiés à l'histoire
  - commencent et mettent l'accent sur les domaines les plus «prévalents»
  - se fondent sur les renseignements déjà connus en matière de facteurs intrinsèques chez le patient.
21. Les tests de laboratoire, si nécessaires, dépendront des trouvailles faites lors d'évaluations antérieures <sup>5,9</sup>.
22. La visite du domicile est inestimable pour évaluer les facteurs de risque environnementaux modifiables et pour déterminer les interventions appropriées <sup>6</sup>.

**Tableau E:** Les éléments clés de l'évaluation physique <sup>5,6</sup>

Évaluation	Approches et commentaires *** On met l'accent sur les facteurs intrinsèques les plus fréquents***
L'examen cardiovasculaire et les signes vitaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• déterminer la tension artérielle et le pouls en décubitus et recommencer après cinq minutes en position debout pour détecter les changements orthostatiques</li> <li>• de légères variations de température peuvent indiquer une maladie aiguë</li> <li>• un rythme respiratoire augmenté peut indiquer une insuffisance cardiaque congestive, une pneumonie ou septicémie à un stade précoce</li> <li>• de récents changements de poids peuvent être importants (p.ex. une perte de poids peut indiquer une déshydratation ou une maladie grave)</li> <li>• le pouls et le rythme cardiaque</li> </ul>
L'examen musculo-squelettique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• l'amplitude articulaire des mouvements et la force musculaire</li> <li>• les problèmes fréquents aux pieds (les callosités, les cors et les ongles) et les conditions (biomécaniques et métatarsiennes) représentent 75% des difficultés mais sont fréquemment ignorés ou non diagnostiqués</li> </ul>
La démarche, l'équilibre et la mobilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• utiliser pour compléter l'évaluation musculosquelettique</li> <li>• inclure le test <i>Get-Up-and-Go</i></li> </ul>
L'examen neurologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• inclure le tonus, la puissance, les réflexes, la proprioception, les sensations, l'évaluation cérébelleuse, le champs de vision et l'acuité visuelle, et l'audition</li> <li>• utiliser pour vérifier les signes de maladie de Parkinson, l'accident vasculaire cérébral et la diminution de la force musculaire (en particulier, des quadriceps)</li> </ul>
L'état mental (cognitif et psychiatrique)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• envisager l'échelle de dépression gériatrique (Geriatric Depression Scale (GDS)*) et un mini mental</li> <li>• rechercher l'étiologie des troubles anormaux — qui peuvent être des séquelles de la chute ou des facteurs contributifs aux chutes</li> </ul>

\* Le GDS est disponible en différents formats sur plus sites Internet incluant: University of Buffalo ([www.acsu.buffalo.edu/~drstall/gds.txt](http://www.acsu.buffalo.edu/~drstall/gds.txt)) et le Geriatric Education Center de l'University of Iowa ([www.medicine.uiowa.edu/igec/library/assess\\_tools/assets/geriatric\\_depression\\_scale.pdf](http://www.medicine.uiowa.edu/igec/library/assess_tools/assets/geriatric_depression_scale.pdf)) [Accès vérifié: 03-07-04]

- a. Une liste de vérification pour une maison sécuritaire (voir le feuillet d'information destiné aux patients «*La sécurité à la maison pour réduire le risque de chute*») peut servir de guide pour la visite et assurer une évaluation en profondeur. Les patients et les aidants naturels peuvent souvent faire eux-mêmes une partie de cette évaluation.
- b. Il est très important d'évaluer les aidants naturels et l'organisation des tâches domestiques, les dangers environnementaux, la consommation d'alcool et l'observance de la prise des médicaments.
- la recommandation d'un traitement ou de stratégies de compensation des facteurs identifiés.

**LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES QUI CHUTENT**

- 23. Une fois les évaluations complétées, la priorisation attentive des facteurs contributifs aux chutes peut guider les stratégies appropriées de prise en charge <sup>5</sup>. La prise en charge des facteurs de risque positifs comprend: <sup>9</sup>
  - une investigation ciblée et plus poussée
  - de l'éducation au patient
- 24. Les facteurs identifiés qui se prêtent à une prise en charge/une intervention sont: <sup>5</sup>
  - a. le traitement des problèmes aigus ou réversibles (p.ex. la pneumonie, l'infection urinaire ou l'insuffisance cardiaque congestive)
  - b. la réduction du fardeau cumulatif des déficits
    - réduire ou éliminer les médicaments nuisibles
    - améliorer l'acuité visuelle
    - utiliser des chaussures sécuritaires ou consulter un podiatre
  - c. l'emploi d'appareil adapté ou d'approches pour les problèmes irréversibles (p.ex. des supports pour les bras, des rampes de protection, des aides à la marche).
- 25. La diminution des médicaments (en particulier, les psychotropes) peut avoir un impact marqué [preuves de niveau 1a] <sup>29</sup>. Par exemple, dans l'essai clinique FICSIT, le nombre de médicaments utilisé

a été réduit dans le groupe traité et on a constaté une amélioration dans la vitesse de déplacement et des habiletés de transfert, et les chutes ont diminué de 30%<sup>30</sup>.

26. **Modifier l'environnement des personnes âgées est, en général, une stratégie plus efficace que de tenter de modifier leur comportement.** Parmi les interventions les plus efficaces, il y a notamment celles qui concernent les escaliers (en particulier, les escaliers qui n'ont pas de rampe ni d'arêtes contrastantes), les planchers glissants, les surfaces irrégulières (enlever les tapis et les paillassons), l'éclairage inadéquat et les chaussures non sécuritaires<sup>2,31</sup>. Une évaluation des dangers au domicile et les modifications proposées par un professionnel en la matière peuvent réduire les chutes autant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la maison<sup>29</sup>.
27. L'activité physique modérée a un effet protecteur chez les personnes âgées alors que pas assez — ou trop — d'exercices physiques augmentent le risque de chute.
- Si la préparation n'est pas suffisante, la participation à des activités physiques exigeantes peut, de fait, augmenter le risque. On doit donc mettre en garde les personnes âgées au sujet des recommandations d'augmenter les activités physiques au maximum<sup>9</sup>.
  - Par exemple, une petite étude comparative randomisée réalisée chez des femmes post-ménopausées avec des antécédents de fracture aux membres supérieurs a révélé que la marche rapide seule (sans aucun autre exercice pour améliorer l'équilibre, la démarche et la force) augmente, en réalité, le risque de chutes

[preuves de niveau 2b]<sup>31</sup>.

28. La nature même du programme d'exercices choisi est critique (voir le tableau F).
- Même si les résultats de l'essai FICSIT a suggéré que les exercices de renforcement des membres inférieurs supervisés par un physiothérapeute étaient bénéfiques<sup>2</sup>, une récente étude comparative randomisée portant sur le renforcement progressif et résisté des quadriceps a révélé que les personnes âgées qui font leurs exercices à domicile n'ont pas réduit leur risque de chutes<sup>32</sup>.
  - De récentes données montrent qu'un entraînement ciblant l'équilibre est efficace à prévenir les chutes<sup>2,9</sup>. Une méta-analyse de Cochrane regroupant 4 études<sup>29</sup> a conclu que même si les exercices physiques non ciblés n'avaient pas démontré leur efficacité, un programme de renforcement musculaire et de rééducation de l'équilibre était efficace. De la même façon, de récentes revues systématiques en prévention secondaire ont montré que les personnes âgées qui ont fait des chutes répétées bénéficient d'un programme à long terme d'exercices et de rééducation de l'équilibre<sup>9,12</sup>.
  - La sécurité entourant la mobilité de base et les autres activités de la vie quotidienne devrait être l'objectif principal. Toutefois, sans un suivi approprié, uniquement l'éducation (ciblée ou non) ou la peur de chuter ne semblent pas être efficaces<sup>9</sup>.

**Tableau F:** Prise en charge des patients âgés avec des antécédents de chutes mais **aucun** facteur de risque spécifique<sup>9</sup>

Population ciblée	Prise en charge	Catégorie de recommandation <sup>28</sup>
Hommes et femmes âgés de plus de 65 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exiger une évaluation des dangers environnementaux de la maison et des modifications à faire avec un suivi (effectué par un ergothérapeute, si possible)</li> <li>Organiser des exercices ciblés pour l'équilibre (Tai Chi ou exercices de contrôle de l'équilibre) sur une surface rigide recouverte de mousse.</li> </ul>	<p>Classe A</p> <p>Classe B</p>
Hommes et femmes âgés de plus de 74 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réévaluer périodiquement (tous les 3 à 6 mois) avec un questionnaire sur les incapacités. Cette intervention peut être faite par du personnel clinique ou des bénévoles entraînés.</li> </ul>	Non classée
Femmes âgées de plus de 80 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>Référer pour établir une programme d'entraînement personnalisé à domicile par un physiothérapeute (4 visites en 2 mois) qui inclut des exercices de renforcement musculaire, d'équilibre et de flexibilité et des encouragements réguliers au téléphone.</li> </ul>	Classe B

29. L'emploi de protecteur de hanche est suggéré pour la prévention des fractures de la hanche chez les personnes qui ont un risque élevé de fracture si elles chutent<sup>8,11,33</sup>. La mise à jour d'une revue de Cochrane [preuves de niveau 2a]<sup>34</sup> conclut que les protecteurs de hanche réduisent le risque de fracture de la hanche dans les populations ciblées exposées à un risque élevé de fracture de la hanche. Par contre, la véritable efficacité de ces appareils est difficile à établir à cause de la qualité variable des études complétées à ce jour<sup>34</sup>. La généralisation des résultats en dehors des populations à risque élevé et le rapport coût efficacité de l'emploi de ces appareils ne sont pas clairs. La faible acceptation et fidélité à les porter parce que les protecteurs de hanche sont inconfortables et pas pratiques demeurent problématiques. Seulement 25% des usagers vont porter ces protecteurs de façon constante<sup>8,33</sup>.
30. Le dépistage et le traitement approprié de l'ostéoporose peuvent réduire le risque de fracture si une chute survient<sup>2,35,36</sup>. (Voir le National Guideline Clearing House à [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov) et le module de la Fondation pour l'éducation médicale continue de mars 2003 *Ostéoporose et fractures spontanées*.)

### LES ÉLÉMENTS CLÉS (voir l'annexe 2)

La meilleure façon de réduire les répercussions des chutes chez les personnes âgées est de réduire le nombre de chutes. Pour aider à réduire les répercussions sérieuses sur la santé des chutes:

- T Demander**, aux personnes âgées, à chaque visite, leurs antécédents de chutes ou presque chutes
- T** Si vous apprenez lors d'une visite qu'il y a eu une chute, mettre l'accent sur:
  - les détails de la chute
  - la revue des médicaments
  - l'examen physique (en particulier, les signes vitaux et la TA la recherche d'hypotension orthostatique et le test *Get-Up-and-Go*)
- T Réévaluer**, de routine, les facteurs de risque de possibles chutes, mettre en place des interventions choisies et organiser des visites de **suivi** spécifiques.

## COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

### Cas numéro 1: Georgette L., 82 ans

#### Première partie

**Comment pourriez-vous évaluer rapidement le risque de M<sup>me</sup> L. de chute au cours de la prochaine année?**

La façon la plus rapide est de *lui demander si elle est tombée* dans la dernière année (voir la section Renseignements généraux, point 13) parce qu'un antécédent de chute est le meilleur facteur prédictif de chutes subséquentes (voir la section Renseignements généraux, point 5). En se basant uniquement sur son âge (>80 ans), le risque de M<sup>me</sup> L. de chuter au cours de la prochaine année est d'au moins 50% (voir la section Renseignements généraux, point 5).

#### Deuxième partie

**Comment pourriez-vous évaluer de façon plus complète son risque de chutes répétées?**

Au moins 50% des personnes qui sont déjà tombées, chuteront à nouveau dans les 6 à 12 mois suivants (voir la section Renseignements généraux, point 5). Ce risque inclut les éléments de risque liés à l'âge de Georgette. Donc, elle a un risque très élevé de chuter à nouveau.

Une évaluation structurée des chutes (voir l'annexe 1) peut aider.

De son histoire médicale, vous connaissez un certain nombre de ses facteurs de risque (voir le tableau A):

- plus de 3 médicaments prescrits
- acuité visuelle diminuée (cataractes)
- difficulté à se déplacer dans les escaliers
- incontinence de stress
- risque accru par son niveau d'activité (p.ex. se déplacer en autobus).

La prochaine étape de l'évaluation de son risque comprend les trouvailles en rapport avec les éléments suivants:

- si elle a des difficultés liées à l'équilibre ou à la démarche (facilement évaluées avec le test *Get-Up-and-Go*, voir le tableau B)
- si elle souffre d'hypotension orthostatique tel que confirmée par les éléments significatifs de son histoire et les mesures de sa TA en décubitus et debout (voir le tableau E).

## Troisième partie

**Qu'est-ce-que vous recherchiez durant le test Get-Up-and-Go?**

Le test *Get-Up-and-Go* fournit de l'information à plusieurs niveaux (voir la section Renseignements généraux, points 14 et 15; et le tableau B).

- la force musculaire et l'équilibre (la difficulté à rester debout sans assistance, à marcher, à tourner ou à s'asseoir sans assistance)
- la démarche et l'équilibre (la difficulté à marcher, à s'arrêter ou à tourner)
- les fonctions cognitives (la difficulté à interpréter ou à suivre vos instructions)
- la diminution de l'audition (la difficulté à entendre vos instructions).

**Que pourriez-vous recommander pour diminuer son risque de tomber à nouveau?**

Envisager les interventions suivantes pour M<sup>me</sup> L. (voir l'annexe 1):

- a. Ajuster, de façon appropriée, ses médicaments.
  - Essayer de réduire les antihypertenseurs si votre recherche d'hypotension orthostatique révèle un problème. (Recommander aussi une hydratation adéquate, de serrer les poings ou de faire des mouvements de la cheville (des petites flexions et extensions de la cheville avec la jambe élevée), des bas de support et(ou) l'élévation de sa tête de lit.)
- b. Réévaluer son niveau d'acuité visuelle et possiblement demander une consultation.
- c. Même si M<sup>me</sup> L. n'est pas encore tombée à la maison, il pourrait être utile de recommander une évaluation de son environnement en commençant avec une liste d'items à vérifier (de préférence, avec un membre de sa famille) pour apporter les correctifs nécessaires.
- d. Régler le problème d'incontinence urinaire, si possible, ou demander une consultation.
- e. Discuter des précautions à prendre:
  - en prenant les ascenseurs (p.ex. les portes qui se ferment trop rapidement ou avec trop de force; l'ascenseur qui n'arrête pas de niveau avec le plancher; les chocs qui peuvent être causés par des arrêts trop rapides, non demandés ou d'urgence)
  - en se déplaçant en autobus (p.ex. les chutes lorsqu'elle monte ou descend de l'autobus, ou si l'autobus accélère ou ralentit lorsqu'elle est debout).

Prévoir un rendez-vous dans un ou deux mois — pour faire le suivi de son «problème de chutes» et refaire le test *Get-Up-and-Go*, évaluer les répercussions des

changements apportés aux médicaments et à l'alimentation, et revoir les stratégies de prévention.

**Cas numéro 2A: Alice M., 88 ans****Quelles seraient vos principales inquiétudes si M<sup>me</sup> M. tombait encore?**

À cause de ses multiples facteurs de risque, son risque de tomber à nouveau au cours de la prochaine année est supérieur à 50% (voir la section Renseignements généraux, point 5 et le tableau A). À cause de son âge avancé et de son ostéoporose probable, M<sup>me</sup> M. a un risque supérieur à la moyenne de 1 à 2% chez toutes les personnes âgées qui chutent, de se fracturer la hanche si elle tombe (voir la section Renseignements généraux, point 2).

**Comment pourriez-vous mieux évaluer son risque de chute?**

Comme dans le cas précédent, l'emploi du test *Get-Up-and-Go* est indiqué (voir le tableau B et l'annexe 2).

Les facteurs de risque intrinsèques de M<sup>me</sup> M. incluent (voir le tableau A):

- des facteurs démographiques non modifiables (femme de plus >80 ans, antécédents de chute ou presque chute)
- facteurs cardiovasculaires (baisse posturale de plus de 20 mm Hg de la tension artérielle systolique) qui pourraient être modifiés par un ajustement de sa médication ou par d'autres moyens
- facteurs liés à la mobilité (p.ex. démarche instable, faiblesse musculaire, changements causés par l'ostéoarthrite qui peuvent contribuer à la faiblesse des fléchisseurs de la hanche et à la possibilité de chute lors d'épisodes inflammatoires aigus) peuvent être potentiellement modifiables par des exercices appropriés axés sur l'équilibre et le renforcement musculaire.

Les facteurs de risque extrinsèques de M<sup>me</sup> M. (voir le tableau A) incluent des chaussures inadéquates (des chaussures mal ajustées avec un talon) et des médicaments avec des effets secondaires (un diurétique et un psychotrope). Des dangers environnementaux (p.ex. des paillasons) peuvent être aussi présents. On peut envisager des protecteurs de hanche puisque M<sup>me</sup> M. est exposée à un risque élevé (antécédent de chute et ostéoporose), toutefois, il se peut qu'elle ne puisse pas les porter de façon constante (voir la section Renseignements généraux, point 29).

Une évaluation des risques environnementaux faite par un ergothérapeute au domicile pourrait être inestimable.

**Comment pourriez-vous prendre en charge sa situation?**

La revue de sa médication est nécessaire, en particulier, mettre l'accent sur les régimes thérapeutiques du diurétique et de l'antidépresseur qu'emploie M<sup>me</sup> M. (voir la section Renseignements généraux, point 25 et le tableau D).

La première étape consisterait à éliminer l'antidépresseur tricyclique à cause de ses effets anticholinergiques. Si M<sup>me</sup> M. a toujours besoin d'un antidépresseur, il pourrait être utile de remplacer les tricycliques par un nouvel agent comme un ISRS qui ont moins d'effet anticholinergique. Une autre option possible consisterait à prescrire de la venlafaxine (Effexor®) qui a des propriétés semblables aux tricycliques mais sans manifestation d'hypotension orthostatique. Puisque cette patiente a bien répondu par le passé aux tricycliques, il y a des chances que sa dépression réponde bien à la venlafaxine. Ce changement peut malheureusement engendrer une augmentation de sa TA.

Si sa TA systolique en décubitus est de 125 mm Hg et qu'elle a une baisse de TA posturale significative, une autre mesure à envisager serait de réduire ses antihypertenseurs. On pourrait commencer par une diminution de moitié de sa dose de diurétique qu'on pourra ajuster par la suite en fonction des résultats. Si le contrôle de la TA est inadéquate ou si l'orthostatisme persiste avec la plus faible dose d'antihypertenseur, envisager de l'éliminer complètement (avec un suivi serré de la TA) ou de passer à un autre médicament. Tous les antihypertenseurs peuvent causer de l'hypotension orthostatique donc, envisagez d'autres mesures (hydratation adéquate, élévation de la tête de lit, se lever lentement, faire des exercices avec les jambes avant de sortir du lit, etc.)

Les interventions environnementales seraient la prochaine priorité (voir la section Renseignements généraux, points 18 et 22 et le tableau D). Idéalement, elles pourraient exiger une évaluation au domicile par un ergothérapeute. Si ce service n'est pas disponible ou si le délai d'attente est trop long, fournir à Alice et à sa fille un feuillet d'information pourrait s'avérer une première intervention efficace (voir le feuillet d'information destiné aux patients «*La sécurité à la maison pour réduire les risques de chute*»).

Encourager M<sup>me</sup> M. à porter des chaussures plus appropriées. La référence à un magasin spécialisé en chaussures de marche pourrait aider car les personnes qui s'inquiètent de l'aspect esthétique des chaussures «adaptées» peuvent être plus résistantes au changement. Si elle continue à avoir des problèmes

d'équilibre, on pourrait recommander l'emploi d'une marchette à cause de ses antécédents de multiples chutes ou presque chutes.

Une consultation pour des exercices de renforcement des membres inférieurs et l'amélioration de l'équilibre (p. ex. un entraînement en force et en équilibre, le Tai Chi) pourrait réduire son risque de chute à long terme et aiderait à contrecarrer les effets de l'arthrose et de l'ostéoporose (voir la section Renseignements généraux, point 28).

Alice prend déjà des suppléments de vitamine D et de calcium mais elle pourrait bénéficier d'un traitement par des bisphosphonates si elle peut tolérer les effets secondaires (voir la section Renseignements généraux, point 30).

En dernier lieu, un rendez-vous de suivi dans quelques mois serait indiqué pour revoir l'histoire médicale d'Alice, répéter le test *Get-Up-and-Go* (voir le tableau B) et évaluer les répercussions des changements de médicaments et des autres stratégies de réduction du risque.

**Cas numéro 2B: Brigitte W. (la fille d'Alice), 66 ans****Comment pourriez-vous conseiller Brigitte?**

Il serait utile:

- de reconnaître que ses inquiétudes sont bien fondées sans égard aux possibilités de prédisposition génétique
- d'expliquer qu'elle peut mettre en place des mesures d'hygiène de vie qui peuvent retarder les problèmes et de lui fournir de l'éducation sur les mesures à prendre. Faites-lui faire le test *Get-Up-and-Go*. Brigitte entre dans le groupe des personnes à risque élevé de chute. En faisant ce test maintenant, vous établirez aussi rapidement une référence pour évaluer le statut de Brigitte de façon continue en plus de l'habituer à ce que vous lui demandiez de refaire ce test lors des prochaines consultations. Ce test pourrait aussi révéler la présence de déficits subtils déjà installés.

Les recommandations en matière d'hygiène de vie de Brigitte pourraient inclure:

- de participer régulièrement à des activités et des exercices physiques de renforcement musculaire et d'équilibre
- d'éviter les activités à risque élevé
- de porter des chaussures adéquates
- de maintenir une alimentation appropriée (incluant une prise adéquate de vitamines et de minéraux)

Elle pourrait aussi procéder à l'évaluation de l'environnement de son propre domicile (ce qui pourrait, de plus, être bénéfique pour sa mère lorsque celle-ci la visite).

### Cas numéro 3: M. Bertrand I., 76 ans

#### **Que pourriez-vous faire aujourd'hui pour prévenir d'autres chutes chez M. I.?**

Le fait que M. I. est confus représente un nouveau problème qui exige une intervention rapide. Jusqu'à ce qu'on résolve ce problème, il encourt un risque élevé de chutes répétées — qui peuvent mener à de graves blessures (voir le tableau A). La confusion combinée à une mauvaise interprétation des bruits environnants ou de la lumière peuvent causer de l'agitation et augmenter encore plus le risque de chute.

La revue des médicaments devrait être la priorité. Les problèmes de déficits cognitifs et de confusion de M. I. peuvent avoir été induits ou exacerbés par la prise de psychotropes. L'emploi de benzodiazépines est un facteur de risque de chute significatif (voir le tableau A et D) et peut causer de la désinhibition et du délire chez les patients qui souffrent de démence. Le dimenhydrinate et les autres médicaments avec effets anticholinergiques peuvent augmenter la confusion et causer du délire chez les personnes âgées (en particulier, chez celles qui ont des déficits cognitifs).

La prise en charge immédiate recommande: de cesser le dimenhydrinate et de commencer le sevrage des benzodiazépines (voir la section Renseignements généraux, point 25); de faire le test *Get-Up-and-Go* (voir la section Renseignements généraux, point 14, et le tableau B); et de vérifier la présence d'hypotension orthostatique.

La prise en charge à court terme pourrait aussi inclure une visite de suivi (dans les prochains jours) pour vous permettre:

- de faire une évaluation structurée du risque incluant une évaluation des fonctions cognitives
- de renforcer l'importance du sevrage de l'oxazépam
- d'éliminer la possibilité de dépression qui peut contribuer aux troubles du sommeil.

Envisager de prescrire une faible dose d'un neuroleptique atypique, comme l'olanzapine (Zyprexa®) ou la rispéridone (Risperdal®), au coucher, si vous croyez que ses cauchemars sont causés par des hallucinations/de la psychose.

Faire les démarches pour procéder à une évaluation des dangers du milieu de vie/des risques environnementaux, si ces ressources sont disponibles.

#### ***Vous inquiéteriez-vous aussi des risques de chutes chez sa femme?***

En tenant compte uniquement de son âge (74 ans), M<sup>me</sup> I. présente un risque de chutes et de blessures (voir la section Renseignements généraux, point 2). Ses efforts pour aider M. I. dans sa confusion et son anxiété, pour l'empêcher de tomber ou de simplement l'aider à se relever s'il tombe augmentent son propre risque de chute. Les problèmes de M. I. l'empêchent de dormir et viennent accroître son risque de tomber.

Dans ce cas, vous devriez prévoir un rendez-vous de suivi pour M<sup>me</sup> I. pour vous permettre: de recueillir ses antécédents de chute, de faire un test *Get-Up-and-Go* de référence et d'évaluer sa santé mentale.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, volume 11(9):1-11, août 2003

***La production de ce module a été rendue possible grâce à une subvention sans restriction et est partie intégrante de la recherche et du développement du projet «Creating Care Partners: Falls Prevention and Management Among Community-Dwelling Seniors Through Primary Care», du Centre CT Lamont d'études en soins primaires aux personnes âgées, Ottawa, Ontario. Ce projet a bénéficié d'une subvention de l'Initiative de prévention des chutes de Santé Canada et des Anciens combattants Canada.***

*Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.*

*Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable la Fondation pour l'éducation médicale continue ni le Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique d'aucun incident ni d'aucun dommage qui pourrait découler de cet usage*

**Auteurs:** **D<sup>r</sup> David H. Chan, CCFP,  
MSc, FCFP**  
*Médecin de famille  
Hamilton, Ontario*

**D<sup>r</sup> Andrea Moser, CCFP, COE**  
*Médecin de famille  
Ottawa, Ontario*

**Réviseurs:** **Karim Khan, MB, BS, FACSP,  
DipSportMed**  
*Sports Medicine Specialist  
Vancouver, BC*

**D<sup>r</sup> David Hogan, FACP, FRCPC**  
*Specialist in Geriatric Medicine  
Calgary, Alberta*

**Rédactrice  
médicale  
en chef:**

**D<sup>re</sup> Jacqueline Wakefield, CCFP**  
*Médecin de famille  
Hamilton, Ontario*

**Rédacteur  
médical:**

**René Grégoire, MSc (Pharmacol)**  
*Hamilton, Ontario*

**Recherche:** **Wendy Leadbetter, RN, BScN**  
*Hamilton, Ontario*

**Traduction:** **Biograph**

---

*L'équipe de rédaction du module de La Fondation tient  
à remercier le groupe-pilote PGBP facilité par le D<sup>re</sup>  
Margaret Buczek, d'Ottawa.*

**Vous pouvez consulter notre site Web:  
[www.fmpe.org](http://www.fmpe.org)**

**Classification des recommandations en fonction de la qualité des preuves**<sup>28</sup>

<b>Classe</b>	<b>Source des résultats</b>
A	<p>Au moins une étude comparative randomisée dans laquelle la limite inférieure de l'intervalle de confiance (IC) de l'effet du traitement excède le bénéfice clinique minimal.</p> <p>Méta-analyse d'études comparatives randomisées dans laquelle les effets du traitement des études individuelles sont similaires, et dans laquelle la limite inférieure de l'intervalle de confiance (IC) de l'effet du traitement excède le bénéfice clinique minimal.</p> <p>Méta-analyse d'études comparatives randomisées dans laquelle les effets du traitement des études individuelles sont disparates mais dont la limite inférieure de l'intervalle de confiance (IC) de l'effet du traitement excède le bénéfice clinique minimal.</p>
B	<p>Au moins une étude comparative randomisée dans laquelle la limite inférieure de l'intervalle de confiance (IC) de l'effet du traitement chevauche le bénéfice clinique minimal. L'estimation ponctuelle est cliniquement significative.</p> <p>Méta-analyse d'études comparatives randomisées dans laquelle les effets du traitement des études individuelles sont similaires, et dans laquelle la limite inférieure de l'intervalle de confiance (IC) de l'effet du traitement chevauche le bénéfice clinique minimal. L'estimation ponctuelle est cliniquement significative.</p> <p>Méta-analyse d'études comparatives randomisées dans laquelle les effets du traitement des études individuelles sont disparates mais dont la limite inférieure de l'intervalle de confiance (IC) de l'effet du traitement chevauche le bénéfice clinique minimal. L'estimation ponctuelle est cliniquement significative.</p>
C	Opinion d'experts
Non classée	<p>Les études dans lesquelles l'estimation ponctuelle n'est pas considérée comme cliniquement significative.</p> <p>Les études qui ne permettent pas de calculer une estimation.</p>

Adapté de: Cook DJ, Guyatt GH. Clinical recommendations using levels of evidence for antithrombotic agents. *Chest* 1995;108(4):S:227-223.

NIVEAUX DE PREUVES

Niveau de preuves	Thérapie/Prévention	Pronostic	Diagnostic
1a	Revue systématique ou méta-analyse d'études comparatives randomisées bien conçues dont les critères d'inclusion sont explicites et dont le nombre total de patients est élevé.	Revue systématique (avec homogénéité des résultats) de cohortes prospectives <b>ou encore</b> , règle ou guide de décision clinique validé sur différentes populations	Revue systématique (avec homogénéité des résultats) d'études diagnostiques de niveau 1; ou règle de décision clinique validée dans plusieurs milieux cliniques
1b	Études comparatives randomisées à grande échelle dont les résultats sont probants (et dont la marge d'erreur est faible)	Étude de cohorte prospective avec un suivi sur plus de 80% des patients	Étude avec comparaison à l'aveugle d'une variété appropriée de patients consécutifs
1c	Séries de cas	Séries de cas	Spécificité positive <i>absolue</i> (confirme le diagnostic) <b>ou</b> sensibilité négative (élimine le diagnostic)
2a	Revue systématique ou méta-analyse d'études comparatives randomisées bien conçues dont les critères d'inclusion sont explicites mais dont la marge d'erreur est modérée (c.-à-d.: souvent avec des analyses de sous-groupes). Revue systématique d'études de cohortes avec homogénéité des résultats	Revue systématique (avec homogénéité des résultats) d'études rétrospectives de cohortes <b>ou</b> de groupes témoins non traités d'études comparatives randomisées	Revue systématique (avec homogénéité des résultats) des études diagnostiques de niveau IIb
2b	Études comparatives randomisées à petite échelle dont la marge d'erreur est de modérée à élevée [puissance faible]: a. Étude où le risque d'erreur $\alpha$ (faux positif) est élevé - comme: une tendance positive intéressante mais qui n'est pas significative sur le plan statistique b. Étude où le risque d'erreur $\beta$ (faux négatif) est élevé -- comme: une étude donnant des résultats «négatifs» qui ne permettent pas d'exclure la possibilité réelle d'un bénéfice clinique important ou d'établir de différence à cause de la taille trop petite de l'échantillon. Étude individuelle d'une cohorte bien conçue	Étude rétrospective de cohorte <b>ou</b> suivi des patients non traités du groupe témoin d'une étude comparative randomisée <b>ou</b> guide de pratique qui n'a pas été validé par un ensemble de tests	N'importe quelle: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comparaison à l'aveugle ou objective;</li> <li>• Étude réalisée chez des patients non consécutifs, ou dont la variété des sujets est restreinte (ou les deux), ayant eu à la fois le test diagnostic et le standard de référence;</li> <li>• Règle de décision diagnostique qui n'a pas été validée par un ensemble de tests</li> </ul>
2c	Revue de dossiers <b>ou</b> études «d'impact»	Revue de dossiers <b>ou</b> études «d'impact»	
3a	Revue systématique d'études cas-témoins avec résultats homogènes		Revue systématique avec homogénéité des résultats d'études de niveau IIIb
3b	Étude de cas-témoins individuelle bien réalisée		Étude avec comparaison à l'aveugle d'une variété de patients appropriée mais dont le test de la référence standard n'a pas été appliqué à tous les patients de l'étude; étude de patients non consécutifs
4	Séries de cas ; Études de cohorte ou de cas-témoins avec un groupe de comparaison et/ou qui n'ont pas mesuré, de façon appropriée ou semblable, les interventions et les résultats	Études de cohorte de mauvaise qualité où l'échantillonnage était biaisé ou dont les mesures des résultats ont été réalisées chez moins de 80% des patients de l'étude	Étude de cas-témoins dans laquelle: <ul style="list-style-type: none"> <li>• le standard de référence n'était pas objectif, pas évalué à l'aveugle ni indépendant;</li> <li>• les résultats positifs ou négatifs n'ont pas été vérifiés avec des standards de références séparés; <b>ou</b></li> <li>• étude réalisée avec une variété non appropriée de patients</li> </ul>
5	Opinion d'experts (individuelle ou émise par un comité) sans évaluation critique explicite	Opinion d'experts sans évaluation critique explicite ou basée sur la physiologie, des recherches en laboratoire ou des «principes de base»	Opinion d'experts sans évaluation critique explicite ou basée sur la physiologie, des recherches en laboratoire ou des «principes de base»

Adapté de: Sackett DL. Rules of evidence and clinical recommendations. *Can J Cardiol* 1993;9:487-489  
 et de: NHS Research and Development Centre for Evidence-Based Medicine 2001.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med* 1988 Dec 29;319(26):1701-7. PMID: 3205267
2. Tinetti ME. Preventing falls in elderly persons. *New Engl J Med* 2003;348(1):42-9. PMID: 12510042
3. Propst EJ, Jaglal S. Get up and go: Identifying risk factors and preventing falls in elderly patients. *Informed* 1998 Sep; :4(4):1,3. [Available at: [www.ices.on.ca](http://www.ices.on.ca)]
4. Hill-Westmoreland EE, Soeken K, Spellbring AM. A meta-analysis of fall prevention programs for the elderly. How effective are they? *Nursing Research* 2002 Jan/Feb;51(1):1-8. PMID: 11822564
5. Steinweg KK. The changing approach to falls in the elderly. *Am Fam Physician* 1997 Nov 1;56(7):1815-23. PMID: 9371011
6. Fuller GF. Falls in the elderly. *Am Fam Physician* 2000 Apr 1;61(7):2159-68, 2173-4. PMID: 10779256
7. Zuckerman JD. Current concepts: hip fracture. *N Engl J Med* 1996;334(23):1519-25. PMID: 8618608
8. Bloem BR, Steijns JA, Smits-Engelsman BC. An update on falls. *Curr Opin Neurol* 2003;16:15-26. PMID: 12544853
9. Moreland J, Richardson J, Chan DH, O'Neill J, Bellissimo A, Grum RM, Shanks L. Evidence-based guidelines for the secondary prevention of falls in older adults. *Gerontology* 2003;49:93-116. PMID: 12574670
10. Monagle S. Reducing falls in community dwelling elderly. The role of GP care planning. *Aust Fam Physician* 2002;31(12):1111-5. PMID: 12516514
11. Greiver M. Practice tips. Preventing hip fractures in elderly patients. *Can Fam Physician* 2003;49:430-1. PMID: 12729238
12. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2001 May;49(5):664-72. PMID: 11380764
13. Elford WR. Chapter 76. Prevention of Household and Recreational Injuries in the Elderly. *Canadian Task Force on Preventive Health Care*. Minister of Supply and Services Canada. 1994. [Available at: [www.ctfphc.org/Full\\_Text/Ch45full.htm](http://www.ctfphc.org/Full_Text/Ch45full.htm) or [www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/pubs/clinical\\_preventive/pdf/s11c76e.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/pubs/clinical_preventive/pdf/s11c76e.pdf)]
14. U.S.Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. Chapter 58 Counselling to Prevent Household and Recreational Injuries. [2<sup>nd</sup> Edition]. 1996.  
<http://hstat.nlm.nih.gov/hq/Hquest/db/local.gcps.cps/screen/Browse/xid/28/s/60250/cmd/PU/action/GetText>
15. Mathias S, Nayak US, Isaacs B. Balance in elderly patients: the "get-up and go" test. *Arch Phys Med Rehabil* 1986 Jun;67(6):387-9. PMID: 3487300
16. McMurdo ME. 'Guideline for the prevention of falls in older persons': essential reading. *Age Ageing* 2002 Jan;31(1):13-4. PMID: 11850302
17. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soci* 1991;39:142-8. PMID: 1991946
18. Wall JC, Bell C, Campbell S, Davis J. The Timed Get-up-and-go test revisited: measurement of the component tasks. *J Rehab Res Dev* 2000;37(1). PMID: 10847578
19. Shumway-Cook A, Brauer S, Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go test. *Physical Therapy* 2000;80(9):896-903. PMID: 10960937
20. Thigpen MT, Light KE, Creel GL, Flynn SM. Turning difficulty characteristics of adults aged 65 years or older. *Physical Therapy* 2000;80(12):1174-87. PMID: 11087304
21. Sloane PD, Coeytaux RR, Beck RS, Dallara J. Dizziness: state of the science. *Ann Intern Med* 2001;134:823-32. PMID: 11346317
22. American Medical Directors Association. Falls and fall risk: clinical practice guideline. 1998. American Health Care Association. [Available at: [www.amda.com/info/cpg/falls.htm](http://www.amda.com/info/cpg/falls.htm)]

23. Baraff LJ, Della Penna R, Williams N, Sanders A. Practice guideline for the ED management of falls in community-dwelling elderly persons. Kaiser Permanente Medical Group. *Ann Emerg Med* 1997 Oct;30(4):480-92. PMID: 9326863
24. Feder G, Cryer C, Donovan S, Carter Y. Guidelines for the prevention of falls in people over 65. The Guidelines' Development Group. *BMJ* 2000 Oct 21;321(7267):1007-11. PMID: 11039974
25. Simpson JM, Harrington R, Marsh N. Guidelines for managing falls among elderly people. *Physiotherapy* 1998;84:173-77.
26. Cumming RG, Thomas M, Szonyi G, Salkeld G, O'Neill E, Westbury C, Frampton G. Home visits by an occupational therapist for assessment and modification of environmental hazards: a randomized trial of falls prevention. *J Am Geriatr Soc* 1999 Dec;47(12):1397-402. PMID: 10591231
27. Carpenter GI, Demopoulos GR. Screening the elderly in the community: controlled trial of dependency surveillance using a questionnaire administered by volunteers. *BMJ*. 1990 May 12;300(6734):1253-6. PMID: 2354297
28. Cook DJ, Guyatt GH, Laupacis A, Sackett DL, Goldberg RJ. Clinical recommendations using levels of evidence for antithrombotic agents. *Chest* 1995;108(4 Suppl):227S-230S. PMID: 7555178
29. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software. PMID: 11686957
30. Tinetti ME, Baker DI, McAvay G, Claus EB, Garrett P, Gottschalk M, Koch ML, Trainor K, Horwitz RI. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. *N Engl J Med* 1994 Sep 29;331(13):821-7. PMID: 8078528
31. Ebrahim S, Thompson PW, Baskaran V, Evans K. Randomized placebo-controlled trial of brisk walking in the prevention of postmenopausal osteoporosis. *Age Ageing*. 1997 Jul;26(4):253-60. PMID: 9271287
32. Latham N, Anderson C, Lee A, Stretton C, Moseley A, Cameron I. A randomised trial of home based strength training on physical health in frail elderly patients. *Gerontology* 2001;47(suppl 1):523.
33. Kannus P, Parkkari J, Niemi S, Pasanen M, Palvanen M, Jarvinen M, et al. Prevention of hip fracture in elderly people with use of a hip protector. *N Engl J Med* 2000;343(21):1506-13. PMID: 11087879
34. Parker MJ, Gillespie LD, Gillespie WJ. Hip protectors for preventing hip fractures in the elderly (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2003. Oxford: Update software. PMID: 11034706
35. Brown JP, Josse RG (for the Scientific Advisory Council of the Osteoporosis Society of Canada). 2002 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada. *CMAJ* 2002;167(10 suppl):S1-S34. PMID: 12427685
36. U.S. Agency for Healthcare Research and Quantity (AHRQ) Osteoporosis guidelines, available at National Guideline Clearing House website: [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)

**Annexe 1:** Liste de vérification pour l'évaluation et la prise en charge **des personnes âgées autonomes qui ont chuté**<sup>12</sup>

Nom du patient: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Évaluations		Facteur(s) important(s) à envisager ( <i>T</i> si présent)	Approches de prise en charge	Commentaires
Histoire et éléments subjectifs	Histoire médicale	<ul style="list-style-type: none"> <li>‘ -maladie aiguë</li> <li>‘ -maladie chronique (surtout, neuromusculaire)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>‘ -déterminer l'étiologie</li> <li>‘ -traiter de façon appropriée</li> </ul>	
	Révision de la médication	<ul style="list-style-type: none"> <li>‘ -plus de trois médicaments prescrits</li> <li>‘ -psychotropes</li> <li>‘ -ajout récent de médicament</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>‘ -ajuster, au besoin</li> <li>‘ -en particulier, essayer de réduire ou de cesser les psychotropes</li> </ul>	
	Consommation d'alcool	<ul style="list-style-type: none"> <li>‘ -tous les jours ou &gt;2 consommations par jour</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>‘ -éducation ou référence</li> </ul>	
	AVQ	<ul style="list-style-type: none"> <li>‘ -difficulté à les faire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>‘ -consultation avec un ergothérapeute</li> </ul>	
	Activités physiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>‘ -intensité trop faible ou trop élevée</li> <li>‘ -type d'activité trop risqué</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>‘ -éduquer</li> </ul>	
	Risques environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>‘ -tapis, escaliers, lumières et meubles</li> <li>‘ -vêtements, chaussures, animal domestique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>‘ -évaluation des dangers à la maison</li> <li>‘ -consultation avec un ergothérapeute</li> </ul>	
	Réseau social	<ul style="list-style-type: none"> <li>‘ -inadéquat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>‘ -résoudre le problème</li> </ul>	
Examen et éléments objectifs	Fonctions cognitives	<ul style="list-style-type: none"> <li>‘ -score au mini-mental &lt;26</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>‘ -investiguer et traiter</li> </ul>	
	Dépression	<ul style="list-style-type: none"> <li>‘ -score à l'échelle de dépression gériatrique \$6</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>‘ -investiguer et traiter avec précaution</li> </ul>	
	Équilibre et démarche	<ul style="list-style-type: none"> <li>‘ -déficit au niveau de l'équilibre ou du transfert de poids</li> <li>‘ -test <i>Get-Up-and-Go</i></li> <li>‘ -démarche lente ou instable</li> <li>‘ -balancement du pied faible</li> <li>‘ -déformations ou problèmes aux pieds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>‘ -investiguer</li> <li>‘ -consultation avec un physiothérapeute pour renforcement, et emploi possible d'aides à la marche</li> </ul>	
	Force musculaire, coordination et amplitude articulaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>‘ -force des jambes ou des bras diminuée</li> <li>‘ -coordination diminuée</li> <li>‘ -amplitude articulaire diminuée des hanches, des chevilles, des genoux, des épaules ou des coudes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>‘ -investiguer et traiter</li> <li>‘ -consultation avec un physiothérapeute</li> </ul>	
	Signes vitaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>‘ -identifier l'hypotension orthostatique (baisse de la tension artérielle systolique en position debout de \$20 mm Hg ou <b>de</b> &lt;90 mm Hg)</li> <li>‘ -pouls ou rythme cardiaque anormaux</li> <li>‘ -rythme respiratoire anormal</li> <li>‘ -température élevée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>‘ -déterminer l'étiologie</li> <li>‘ -traiter et(ou) ajuster la médication</li> <li>‘ -éduquer</li> </ul>	
	Vision et audition	<ul style="list-style-type: none"> <li>‘ -acuité visuelle diminuée</li> <li>‘ -audition diminuée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>‘ -traiter et éduquer</li> <li>‘ -référence, au besoin</li> </ul>	

Si aucun facteur spécifique n'est identifié:

- ‘ - homme ou femme de >65 ans ( demander une évaluation de l'environnement et un suivi par un ergothérapeute  
( proposer des exercices d'équilibre (mouvements de Tai Chi ou d'exercices de contrôle de l'équilibre sur une surface rigide recouverte de mousse)
- ‘ - homme ou femme de >74 ans ( faire régulièrement un questionnaire sur les incapacités  
( prendre en charge l'apparition de la moindre incapacité
- ‘ - femme de >80 ans ( organiser un programme personnalisé d'exercices de renforcement musculaire, d'équilibre et de flexibilité supervisé par un physiothérapeute à domicile (4 visites en 2 mois)  
( encouragements réguliers au téléphone

## Annexe 3: SOURCES D'INFORMATION POUR LES MÉDECINS ET LES AÎNÉS

### **Anciens combattants Canada**

Initiative de prévention des chutes  
Feuillet d'information

[www.vac-acc.gc.ca/clients\\_f/sub.cfm?source=health/fallsp/fallprevbroc](http://www.vac-acc.gc.ca/clients_f/sub.cfm?source=health/fallsp/fallprevbroc)  
[www.vac-acc.gc.ca/clients\\_f/sub.cfm?source=health/fallsp/factsheets](http://www.vac-acc.gc.ca/clients_f/sub.cfm?source=health/fallsp/factsheets)

### **Répertoire des programmes canadiens de prévention des chutes chez les aînés vivant dans la communauté**

Division vieillissement et des aînés, Santé Canada

[www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/pubs/inventory/intro\\_f.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/pubs/inventory/intro_f.htm)

### **Guide des meilleures pratiques pour la prévention des chutes chez les aînés vivant dans la communauté**

Santé Canada

[www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/pubs/best\\_practices/intro\\_f.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines/pubs/best_practices/intro_f.htm)

### **Guide d'activité physique canadien pour les aînés**

Santé Canada

**GRATUIT** en appelant au: 1-888-334-9769 ou à  
[www.hc-sc.gc.ca/hppb/condition-physique/pdf/olderguide\\_fr.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/condition-physique/pdf/olderguide_fr.pdf)

### **Good Living and Independence—That's the Ticket for Aging Canadians**

Conseil canadien de la sécurité

[www.safety-council.org/info/seniors/fallprev.html](http://www.safety-council.org/info/seniors/fallprev.html)  
(en anglais uniquement)

### **Falls Prevention Guide for Seniors—Shedding Light on Falls**

North York Coalition for Seniors' Falls Prevention

[www.sunnybrook.utoronto.ca/~csia/Falls&Mobility/fallsmain.htm](http://www.sunnybrook.utoronto.ca/~csia/Falls&Mobility/fallsmain.htm)  
(en anglais uniquement)

### **MedlinePlus Health Information**

[www.nlm.nih.gov/medlineplus/falls.html](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/falls.html)  
(en anglais uniquement)

### **Info-aînés Canada**

[www.seniors.gc.ca/index.jsp](http://www.seniors.gc.ca/index.jsp)

### **Centers for Disease Control and Prevention**

[www.cdc.gov/ncipc/duip/spotlite/falfacts.htm](http://www.cdc.gov/ncipc/duip/spotlite/falfacts.htm)  
(en anglais uniquement)

### **The American Geriatrics Society**

[www.americangeriatrics.org/education/forum/falling.shtml](http://www.americangeriatrics.org/education/forum/falling.shtml)  
(en anglais uniquement)

## Prenez soin de vous et réduisez vos risques de chutes!

Vous pouvez faire plusieurs choses pour réduire vos risques de chutes et de blessures. *Veillez cocher (U) chaque item que vous faites déjà*, puis revoyez cette feuille avec votre médecin.

Êtes-vous tombé au cours de la dernière année?  
Êtes-vous «passé proche» de tomber?

“ Non “ Oui ◦ Parlez-en avec votre médecin  
“ Non “ Oui ◦ Parlez-en avec votre médecin

### Prenez vos médicaments comme prévu

*Certains médicaments peuvent vous étourdir, vous affaiblir ou vous endormir. Plus vous prenez de médicaments, plus ils peuvent vous causer des problèmes.*

Combien de médicaments prenez-vous à chaque jour? \_\_\_\_\_

- “ Sachez pourquoi vous prenez chaque médicament
- “ Révissez régulièrement avec votre médecin ou votre pharmacien, vos médicaments prescrits, vos médicaments sans prescription et vos produits naturels.
- “ Prenez vos médicaments comme votre médecin vous les a prescrits
- “ Rapportez à votre médecin tout effet secondaire.
- “ Consommez peu d'alcool et dans des limites sécuritaires.

### Faites attention!

*Les gens qui ne voient pas bien ont plus de chances de tomber.*

- “ Parlez à votre médecin de tout changement de votre vision ou de votre audition.
- “ Assurez-vous d'avoir un bon éclairage dans les entrées, les corridors, les chambres et les escaliers.
- “ Utilisez des veilleuses dans votre chambre, les corridors et la salle de bain.
- “ Lorsqu'il y a des variations de lumière, laissez le temps à vos yeux de s'ajuster avant de marcher.
- “ Ne portez pas de lunettes de lecture (en particulier, les doubles foyers ou les foyers progressifs?) lorsque vous marchez.

### Mangez bien

- “ Évitez de sauter des repas car cela peut vous affaiblir ou causer des étourdissements.
- “ Ayez une alimentation équilibrée pour garder vos muscles et vos os forts.

### Maintenez votre équilibre et votre force musculaire

- “ Parlez à votre médecin de tout changement d'équilibre ou de force musculaire.
- “ Faites vérifier votre pression régulièrement et suivez les conseils de votre médecin
- “ Levez-vous lentement du lit ou d'un fauteuil — pour éviter d'être étourdi.
- “ Parlez à votre médecin de toute douleur ou inconfort qui affecte votre démarche.
- “ Si votre médecin vous a recommandé l'emploi d'une aide à la marche, utilisez-la toujours.

### Maintenez une bonne hygiène de vie

- “ Faites régulièrement de l'exercice (le mieux c'est de faire de 30 à 60 minutes d'activités modérées pratiquement tous les jours).
- “ Marchez tous les jours, si c'est possible.
- “ Suivez un programme/cours d'exercices pour préserver la force des muscles dont vous avez besoin pour marcher ou soulever des choses. (Vérifier auprès de votre association des personnes âgées ou des services récréatifs de votre municipalité.)
- “ Gardez vos articulations flexibles à l'aide d'un peu de chaleur, de massage ou d'exercices comme le Tai Chi ou le yoga.
- “ Pour de plus amples détails, consultez le *Guide d'activité physique canadien pour une vie active et saine des aînés* ( Vous pouvez recevoir une copie GRATUITE au: **1-888-334-9769** ou à: [www.paguide.com](http://www.paguide.com)).



# La sécurité à la maison pour réduire le risque de chutes



Il y a plusieurs choses simples que vous pouvez faire pour améliorer la sécurité à l'intérieur et à l'extérieur de votre maison et aussi réduire votre risque de chutes et de blessures. ***Veillez cocher (U) chaque chose que vous faites déjà.*** Essayez d'avoir un crochet **U** à chaque case! Essayez de changer vos habitudes correspondant aux cases vides.

## Sécurité personnelle

- “ Éviter de porter des chaussures trop grandes ou trop petites.
- “ Porter de bonnes chaussures — avec un bon support, à talons plats ou peu élevé, à bout fermé et avec des semelles antidérapantes.
- “ Éviter les vêtements longs (comme les robes de chambre, les robes de soirée, les jaquettes ou les manteaux d'hiver) qui peuvent vous nuire en marchant.
- “ Demander de l'aide pour les tâches que vous ne pouvez pas faire de façon sécuritaire.
- “ Si votre téléphone a des boutons de composition abrégée, ajouter les numéros d'urgence
- “ Louer un service de réponse personnelle aux urgences (un bouton PANIQUE) au cas où vous tombez et que vous ne pouvez pas vous relever.

## Rendre votre salle de bain sécuritaire

- “ Demander à un professionnel d'installer un banc de toilette surélevé et des barres d'appui autour de la toilette et du bain.
- “ Utiliser un tapis de bain ou un revêtement antidérapant dans le bain et la douche.
- “ Pour plus de sécurité, utiliser un siège pour le bain.
- “ Régler la température de votre chauffe-eau à moins de 49° C (120° F).
- “ Installer une veilleuse.
- “ Utiliser du savon liquide au lieu d'une barre de savon glissante.
- “ Toujours avoir un bon éclairage dans la salle de bain et dans le corridor.

## Rendre le reste de la maison sécuritaire

- “ Garder vos planchers et vos escaliers dégagés et exempts d'encombrement.
- “ Ne pas monter dans une échelle, un escabeau, sur une chaise ou d'autres objets.
- “ Essuyer promptement les liquides renversés.
- “ Placer les cordons électriques et du téléphone dans des endroits où vous ne marchez pas.
- “ Utiliser un téléphone sans fil.
- “ Acheter des tapis avec un endos antidérapant (ou les coller au plancher) et fixer les rebords.
- “ Installer des rampes des deux côtés des escaliers.
- “ Entreposer les choses que vous utilisez souvent à une hauteur facilement accessible; vous n'aurez donc pas trop à vous pencher ou à vous étirer pour les atteindre.
- “ Faites attention de ne pas trébucher sur votre animal domestique lorsque vous vous levez ou que vous marchez.
- “ Utiliser des veilleuses dans la chambre, le corridor et la salle de bain.

## Sécurité à l'extérieur de la maison

- “ Planifier bien vos sorties et ne vous pressez pas.
- “ Installer des rampes à votre entrée.
- “ S'assurer que votre entrée est bien éclairée.
- “ Éviter de sortir lorsque la température est mauvaise ou si les trottoirs sont mal dégagés ou glissants.
- “ Éviter de vous déplacer pendant les heures de pointe et traverser aux intersections.
- “ Éviter de marcher dans des endroits mal éclairés.
- “ Laisser le temps à votre vision de s'adapter aux variations d'intensité de lumière; porter des verres fumés les jours ensoleillés.

# Soyez actif, en santé, en forme et en sécurité!

## Pourquoi rester actif?

Plus on avance en âge, plus il est important de rester actif. Être inactif est aussi nocif que fumer!

L'activité physique aide à demeurer en santé, à se sentir mieux, à avoir plus de plaisir et à être plus indépendant. Elle aide aussi à conserver vos os et vos muscles forts, à diminuer les douleurs et les inconforts, à améliorer votre équilibre et votre mobilité. Elle diminue aussi le risque de chutes qui peuvent entraîner des blessures graves.

## Quelles sont les meilleures activités?

Soyez actif mais faites-le de façon sécuritaire. Certaines activités peuvent être sécuritaires pour certaines personnes mais pas nécessairement pour vous. *Le guide d'activité physique canadien pour une vie active et saine pour les aînés* fournit de bons conseils pour être actif de façon sécuritaire. Votre médecin, ou une personne dispensant des services de mise en forme, de soins de santé ou récréatifs peuvent aussi vous aider à trouver des activités visant à améliorer votre force musculaire, votre flexibilité et votre endurance sans vous blesser.

**Les activités de renforcement et d'équilibre** incluent des choses que vous faites peut-être déjà régulièrement comme transporter l'épicerie ou la lessive, monter les escaliers ou se lever de son fauteuil! (La prochaine fois que vous vous lèverez de votre fauteuil, assoyez-vous et levez-vous à quelques reprises avant de marcher). Ces activités incluent aussi des choses simples que vous pouvez faire à la maison comme des tractions avec les mains sur les murs ou lever des boîtes de conserve — ou vous pouvez prendre un programme de levée de poids structuré.

**Les activités en flexibilité** incluent les étirements, les quilles, danser, jardiner, jouer au golf, le Tai Chi et le yoga. Des tâches comme laver le plancher, laver l'auto ou travailler dans la cour arrière comptent aussi!

**Les activités d'endurance** incluent la danse, la marche et la natation. Le ski de fond, la bicyclette, la randonnée pédestre, et le patinage peuvent être des activités appropriées pour certaines personnes.

## Comment éviter les blessures?

- Commencer lentement et graduellement les nouvelles activités. Vous pourrez augmenter l'intensité de votre activité au fur et à mesure que votre endurance s'améliore. Par contre, n'augmenter pas plus de 10% par semaine.
- Utiliser le bon équipement. Commencez par des chaussures adaptées à votre activité et portez tout autre équipement de sécurité en rapport avec l'activité (par exemple, un casque de protection pour le vélo).
- S'assurer que l'équipement que vous utilisez, par exemple, bicyclette, rameur ou tapis roulant fonctionne bien et est ajusté pour vous sécurité et votre confort.
- Faire des exercices de réchauffement avant de commencer une activité. Par exemple, vous pouvez marcher à un rythme normal tout en augmentant le balancement de vos bras.
- Viser de 30 à 60 minutes d'activité physique modérée par jour. Au besoin, vous pouvez les diviser en périodes de 10 à 15 minutes.
- Varier votre routine, pour exercer des muscles différents et éviter de vous ennuyer. Vous pouvez marcher une journée puis nager la suivante.
- Être à l'écoute de son corps. Si vous avez des douleurs importantes ou de l'oedème, CESSER L'ACTIVITÉ et consulter un médecin.

Vous pouvez obtenir une copie GRATUITE du *Guide d'activité physique canadien pour une vie active et saine pour les aînés* au 1-888-334-9769 ou [www.paguide.com](http://www.paguide.com)