

#04 DÉCEMBRE 2016

# urps ml-infos

LE MAGAZINE DE L' UNION RÉGIONALE MÉDECINS LIBÉRAUX DES HAUTS-DE-FRANCE

P2 DOSSIER SPÉCIAL

## LE RISQUE DE CHUTE

P6

RÔLES DES PROFESSIONNELS  
DE SANTÉ DANS LE RISQUE DE  
CHUTE

P8

CONCLUSION DU DOSSIER  
SPÉCIAL

P8

DÉMARCHAGES  
COMMERCIAUX

SITE INTERNET /  
PAGE FACEBOOK



La coopération, la coordination, la compétence de chaque professionnel de santé sont à l'ordre du jour d'un article de nos URPS sur le thème de la chute, sans transfert de tâche ou de compétence, grand débat stérile depuis 6 ans.

Pour la seconde fois, les unions régionales de chaque profession de santé se sont réunies pour rédiger un article commun.

La chute de nos patients fait l'unanimité des professionnels pour former une équipe de soins de 1er recours qui se coordonne pour une meilleure prise en charge, alerte, analyse, réactivité, compassion ... Une meilleure humanité en fait.

Nos professions prennent en charge des patients de plus en plus complexes avec parfois de moins en moins de ressources pour les biens de consommation de base : le vivre au quotidien. Mais, même en l'absence de problèmes matériels, rien ne remplace l'affection d'un entourage et lorsque celui-ci est présent, la démence ou la maladie grabatisante épuisent les aidants.

Les professionnels sont à nouveau en première ligne pour accompagner les proches dans la gestion d'une maladie incompréhensible et inabordable comme la déchéance physique ou intellectuelle. (Acte très technique jamais évoqué dans nos nomenclatures professionnelles).

Les équipes de soins créant des Sociétés Interprofessionnelles de Soins Ambulatoires sont une des solutions à promouvoir ensemble pour accompagner le parcours du patient.

Nos syndicats professionnels ont le devoir de travailler au mieux-être à tous points de vue de nos professions et de nos mandants.

Les URPS ont le devoir de travailler institutionnellement à la promotion d'un système de coordination interprofessionnel dans le respect des décrets de compétences de chaque profession, éventuellement par la création de plateformes d'appui territoriales mais gérées par les libéraux pour leurs patients.

L'avenir sera celui d'une médecine de communicants permettant de libérer l'énergie nécessaire à la mise en place d'un plan personnalisé de soins formel (ou informel si les moyens nous manquent), dans lequel le patient, la personne ressource, l'aidant et l'équipe médicale essaient d'éviter l'hospitalisation souvent destructurante mais parfois indispensable.

**Dr Pierre-Marie Coquet**  
Président de la Commission  
« Offre de Soins »



## LE RISQUE DE CHUTE

« J'ai peur de tomber ... ! »

En 2015, la France compte 12,2 millions de personnes de plus de 65 ans. Quand on sait qu'1/3 des plus de 65 ans chutent au moins une fois par an et qu'il s'agit de la moitié pour les plus de 85 ans, cette phrase devient récurrente.

(Source : Prévention des chutes en EHPAD réalisé par l'ARS npdc)

### QUELQUES CHIFFRES

- **Plus de 80% des accidents de la vie courante** avec recours aux urgences chez les plus de 65 ans sont des chutes ; cette tendance concerne deux fois plus de femmes que d'hommes.
- **Le risque de chute est multiplié par 20** après une 1<sup>ère</sup> chute. Plus de la moitié des personnes récidivent dans l'année.
- **La chute** représente la **1<sup>ère</sup> cause de mortalité par accident** avec environ 9 300 personnes âgées de plus de 65 ans qui décèdent chaque année des suites d'une chute.
- **Les 3/4 des décès provoqués par des chutes** surviendraient chez les plus de 75 ans.



### CHUTES ET CONSÉQUENCES

Les conséquences de la chute peuvent être graves sur le plan psychologique et physique : hospitalisation, perte d'autonomie, institutionnalisation. Elles sont également très variées et peuvent aller de la simple plaie au décès de la personne.

Dans environ un quart des cas, les conséquences sont bénignes et le patient peut rentrer à domicile sans traitement ni suivi spécifique ; en revanche, plus d'un tiers donne lieu à un traitement avec suivi ultérieur.

Seules 10% des chutes sont signalées au médecin traitant alors qu'aucune chute n'est anodine et que certaines d'entre elles peuvent cacher une pathologie grave (problèmes cardiaques, neurologiques...).

Traiter la pathologie sous-jacente est primordial.

Le diagnostic peut s'avérer difficile, le médecin traitant aura alors besoin d'une assistance pour la prise en charge.

Les chutes entraînent 9 300 décès par an mais également dans :

**41%**

une ou plusieurs fractures

**34%**

des contusions ou hématomes

**38%**

une hospitalisation  
(43% des personnes hospitalisées ont plus de 90 ans et restent en moyenne 8,9 jours)

**17%**

des plaies

**5%**

des luxations ou entorses

### ÉQUILIBRE ET VIEILLISSEMENT

Les réactions posturales se maintiennent efficacement au cours du vieillissement physiologique. La vitesse des réactions et les capacités d'adaptation sont moindres.

Les personnes âgées sont plus vulnérables

car elles rencontrent une diminution :

- de la vision périphérique et des contrastes ;
- des capacités liées au système nerveux central (temps de réaction plus lent, diminution de la synchronisation des

réponses à des déséquilibres éventuels, danger en cas de changement brusque d'environnement comme le bus ou le métro).

### FACTEURS PRÉDISPOSANTS ET DÉCLENCHANTS



De nombreux facteurs prédisposants aux chutes nécessitent la vigilance des professionnels de santé qui interviennent au domicile des patients et au plus proche des familles.

Certains facteurs sont directement liés à la sénescence comme la diminution de la force musculaire, du nombre de récepteurs de la sensibilité proprioceptive et de la

vitesse de conduction nerveuse, un déficit visuel, une diminution de la longueur du pas ou des modifications de la statique.

D'autres sont liés à des pathologies comme les affections neurologiques centrales et périphériques, les affections neuromusculaires et ostéoarticulaires ou encore les déficiences sensorielles, la dénutrition, l'anémie, les pathologies



Dossier spécial réalisé en partenariat avec toutes les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) de la région Hauts-de-France

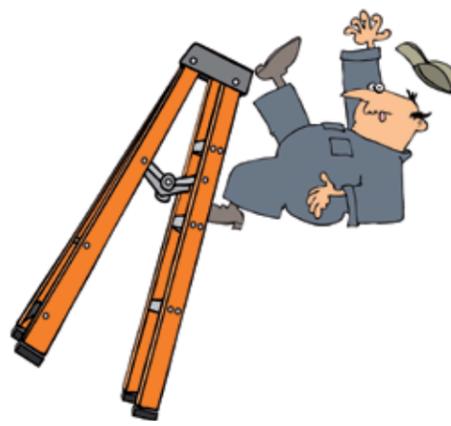


cardiaques ou respiratoires, la dépression, les effets des médicaments et de l'alcool.

On recense également des **facteurs déclenchants** qui peuvent être à l'origine des chutes :

**Les facteurs intrinsèques** : les troubles du rythme et de la conduction, l'hypoglycémie, l'hypotension orthostatique, la prise d'alcool ou de certains médicaments, l'incontinence.

**Les facteurs extrinsèques** : le domicile (trébuchement), une modification de l'environnement (qui explique souvent les chutes lors des premiers jours en hôpital ou en institution), un chaussage inadapté, un déséquilibre lors de l'habillage ou du déshabillage, ainsi que les sorties hors du domicile (abords extérieurs, voie publique). Certains facteurs sont aggravants : échelle, escabeau, lit, chaise, tabouret, animaux domestiques, pantoufles, moquette, escalier, etc.



## APRÈS CHUTE ET SES CONSÉQUENCES

L'indice de gravité se détermine par le temps passé au sol.

Le **post-fall syndrome** ou « **syndrome de l'après chute** », cercle vicieux de la dépendance, est la **3<sup>ème</sup> cause d'entrée en service gériatrique**.

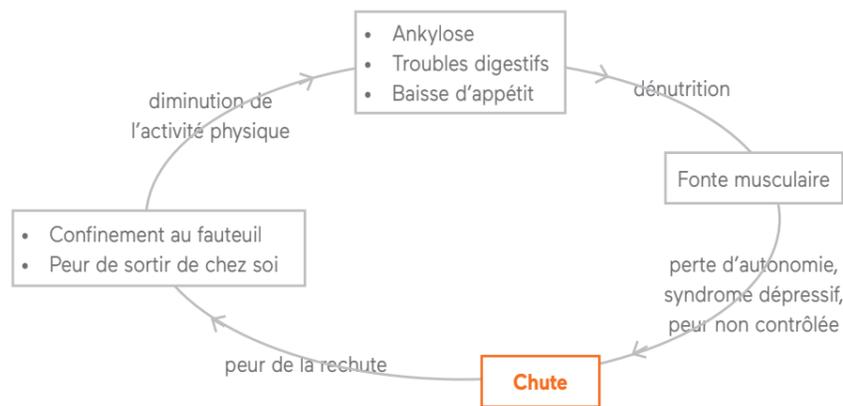
40% des personnes âgées hospitalisées après une chute entrent en institution.

Ce syndrome provoque une hausse de l'anxiété avec baisse des capacités antérieures, une restriction volontaire d'activité, un cantonnement à domicile qui favorisent le risque de récidives.

Le syndrome post-chute se voit en position assise : la personne âgée n'a pas d'équilibre au niveau du tronc et se laisse tomber en arrière.

En cas d'absence de prise en charge rapide et adaptée, le syndrome de régression psycho-motrice (perte définitive des

possibilités de mobilité, d'orthostatisme et de marche) débute, entraînant à terme la grabatisation.



## RÔLE DU MÉDECIN TRAITANT

### 1. Repérer les patients à risque de chute.

### 2. Evaluer le patient et ses facteurs de risques :

Antécédents, traitements, répétition des chutes, hospitalisation pour chute, pathologie(s) sous-jacente(s), amaigrissement, mode de vie (alcool, nutrition, déplacements...).

### 3. Corriger les facteurs de risque modifiables :

Vue, dénutrition, évaluation de la iatrogénie.

### 4. Prescrire le bilan étiologique nécessaire :

Cardiologique, neurologique, ophtalmologique, rhumatologique en fonction des caractéristiques de la chute.

Biologique, infirmier, kinésithérapique, podologique, dentaire, ergonomique, orthophonique, par l'aide soignante concernant l'hygiène et l'habillement.

### 5. Synthétiser les bilans et mettre en place les actions nécessaires en collaboration avec les spécialistes du 2<sup>nd</sup> recours.



## PRÉVENTION DES CHUTES

La prévention des chutes et de leurs conséquences nécessitent :

- une sensibilisation de l'ensemble des professionnels de santé ;
- d'informer et d'éduquer la population de retraités ;

- un aménagement de l'habitat (barres d'appui, tapis antidérapants, téléassistance, mobilier adapté, etc.) ;
- un accompagnement par les diverses aides sanitaires et sociales ;
- un suivi médical et paramédical régulier ;
- une éducation des aidants ;

En complément, différents programmes peuvent être proposés aux personnes âgées (atelier d'équilibre, représentation de son corps dans l'espace, apprendre à se relever, gymnastique douce).

## PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE EN CAS DE CHUTE

Prendre en charge les personnes âgées ayant chuté permet de :

- lutter contre la perte d'autonomie ;

- lutter contre les facteurs de risques (troubles de l'équilibre et de la marche, polymédication, troubles visuels et

auditifs, stress, isolement).

## À SAVOIR

Les risques et les conséquences des chutes augmentent avec l'âge, il faut donc adapter la pratique aux différentes classes d'âge : les 60-75 ans, les 75-85 ans et les plus de 85 ans.

À ce sujet, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations pour évaluer et prendre en charge les personnes âgées.

Il faut expliquer à la personne âgée la nécessité d'aménager son domicile. Si celle-ci souhaite continuer à accéder à l'étage, il suffira de sécuriser l'environnement.

**Prévenir = repérer le risque de chute**  
**Alerte en cas de chute = traiter et éviter les récidives**



## RÔLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ ET DES AIDANTS

Les professionnels et les aidants doivent être attentifs à la personne âgée et aux alertes des proches :

- Son équilibre et sa marche ;
- Ses pieds et son chaussage ;
- Sa nutrition ;
- Ses fonctions d'élimination ;

- Sa prise de médicaments ;
- Sa vision et son audition ;
- Sa mémoire, son comportement et son humeur ;
- Son lieu de vie.

Lors d'une chute, qu'elle ait des conséquences ou non, il est important de

transmettre les circonstances de celle-ci au médecin traitant, à la famille et aux professionnels : heure et lieu de la chute, fièvre, repas pris, agitation, aide technique, lunettes, action en cours, obstacles, sol glissant, éclairage suffisant, etc.

## RÔLE DU PODOLOGUE



### Action de dépistage

Déformations (orteils en griffe) pieds plats ou creux, callosités, douleurs, métatarsalgies, talalgies, pied diabétique, vasculaire, arthrosique, neurologique.

### Conseils podologiques en prévention

Bilan de chaussage, chaussures adaptées (larges pour une bonne stabilité, hautes au bout pour pouvoir loger les orteils, faciles à fermer et tenant bien le pied, éviter claquettes, pantoufles et chaussures pointues ainsi que talons hauts et plats), hygiène des pieds.

### Traitements

- Réalisation d'un examen clinique et d'un bilan podologique sur prescription médicale (chaussures adaptées et semelles orthopédiques suite à l'examen clinique).
- Traitement des affections épidermiques douloureuses et non douloureuses.

## RÔLE DE L'INFIRMIER



### 1. Evaluation de la situation et de l'environnement

Au détour de ses interventions de soins à domicile et en particulier lors des séances de soins infirmiers ou des séances hebdomadaires de surveillance clinique et de prévention, l'infirmier évalue et repère le risque de chute chez le patient.

Lorsqu'il décèle une situation à risque, il peut définir un plan de soins qui peut faire intervenir d'autres professionnels

et détermine avec la personne et/ou ses proches aidants les mesures préventives-éducatives, la surveillance et un suivi clinique individualisé.

### 2. Prise en charge globale

Son approche centrée sur la personne humaine fait de l'infirmier libéral formé spécifiquement à la prévention et à l'éducation à la santé un référent naturel pour le patient. Il assure une coordination avec le médecin traitant et les autres acteurs de santé pour

assurer la prévention des chutes chez la personne âgée au domicile.

Article R4311-3

« l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5, R. 4311-5-1 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue ».

## RÔLE DU KINÉSITHÉRAPEUTE



Les bilans du risque de chute chez la personne âgée sont maintenant bien connus et largement utilisés par les Masseurs-Kinésithérapeutes-Rééducateurs (MKR) et devraient être prescrits. Ils sont remboursés.

Il s'agit au minimum (en fonction de l'autonomie du patient) du TUG modifié, du TINETTI statique et dynamique, du Test Moteur Minimum, d'une éventuelle échelle de Qualité de Vie en auto-questionnaire ainsi que de la mesure de la limitation d'amplitude de flexion dorsale des chevilles, du test d'appui unipodal (yeux ouverts/fermés), de ramasser un objet au sol, d'antécédents de chutes même bénignes et de perte de poids.

Ils permettent de déterminer l'importance des risques et les composantes proprioceptives, vestibulaires et musculaires de ce risque. Ils permettront d'orienter vers

une rééducation spécifique et/ou une prévention.

Le MKR devra également évaluer les risques liés à l'environnement du patient et proposer : des modifications ergonomiques dans l'aménagement du domicile (enlever certains meubles, les tapis, les fils...), l'achat éventuel de systèmes d'adaptation (plots de surélévation du fauteuil..., protection des hanches, éclairage automatique, modifications de la salle de bain), des aides à la déambulation à l'intérieur et à l'extérieur du domicile (qu'il peut prescrire).

En dehors de la rééducation spécifique incluant un travail de renforcement musculaire, d'entretien des amplitudes articulaires, proprioceptif et vestibulaire, de l'équilibre et de la marche en terrain varié, de doubles tâches, de recherche de compensation des déficits - déficiences - incapacités et du ralentissement

psychomoteur, il apprendra obligatoirement à la personne âgée à se relever du sol.

Il diminuera ainsi la crainte de la chute à l'origine de nombreux désordres pratiques et posturaux, sociaux et limitera les risques vitaux liés à une station prolongée au sol.

Il reverra également les transferts (se lever d'une chaise, d'un lit en permettant une adaptation vaso-motrice...). L'éducation thérapeutique est un plus.

Au-delà des aspects techniques, le MKR a un rôle social primordial car il passe du temps avec la personne âgée, il doit redonner confiance et encourager le patient dans sa reprise d'autonomie, proposer un véritable entraînement/entretien et se voit souvent être un coordinateur de soins, le lien avec l'entourage (éducation) et les différents intervenants sociaux.

Possibilité de prescription d'aide à la déambulation (cane, déambulateur, ...).

## RÔLE DU BIOLOGISTE



Les conséquences physiologiques de l'âge peuvent modifier certains paramètres, le biologiste peut ainsi interpréter les résultats en fonction de l'âge du patient.

Il faut également tenir compte de l'anémie qui ne doit pas être considérée comme une conséquence du vieillissement.

La surveillance biologique du patient âgé se fait en complément des bilans cliniques et environnementaux qui sont fait par les autres

professionnels de santé ou les proches.

Pour évaluer les conséquences de la chute (en relation avec la durée de séjour au sol), il sera fait un dosage des CPK et de la créatinine sérique.

Il est conseillé de surveiller :

- La déshydratation extracellulaire : élévation hémoglobine, hématoците, protidémie, urée, créatinine élevée,

natrémie normale.

- La déshydratation intracellulaire : hypernatrémie.
- La glycémie, l'albumine et la pré-albumine dans le cadre de la dénutrition.
- Le dosage de Vitamine D (pris en charge dans le cadre de l'évaluation des personnes âgées sujettes aux chutes répétées).

## RÔLE DU PHARMACIEN



### 1. Repérer les problèmes de la personne et alerter le médecin traitant dans les cas suivants pouvant induire une chute :

- Difficultés à la marche.
- Demande de canne, d'accessoires de maintien.
- Demande spontanée de pansements, de traitement pour la contusion.
- Problèmes de vertiges.
- N'arrive plus à rester debout seule à la pharmacie.
- Amaigrissement : demande de complément alimentaire. Logiquement on réalise un bilan nutritionnel avant.
- Solution Hyper Protéinée (HP).
- Problème d'absorption, les personnes ne savent plus avaler.
- Lors d'une visite au domicile :

identifier les facteurs de risque de chute.

### 2. Repérage de risques iatrogéniques via l'analyse des prescriptions médicales

(nombre conséquent de médicaments, présence de somnifères). Plus précisément, il s'agit de l'identification sur une même ordonnance ou sur des ordonnances dissociées des classes pharmacologiques suivantes :

- Psychotropes.
- Benzodiazépines.
- Neuroleptiques.
- Hypnotique + benzodiazépine.
- Principe actif à effet anticholinergique anti-muscarinique fort (Atarax®+++).
- ≥ 4 hypertenseurs.

- ≥ 2 antidiabétiques oraux dont 1 glinide.
- ≥ 2 antidiabétiques oraux dont 1 sulfamide hypoglycémiant.
- Absence de vitamine D sur les 3 derniers mois.  
Il faudrait réaliser une concertation médicamenteuse avec le médecin et l'infirmier.

### 3. Rôle de conseil.

### 4. Repérer les difficultés de prise de médicaments et évaluer l'observance.

### 5. Porter une attention particulière aux demandes spontanées de crèmes pour les pieds.

### 6. Etablir un plan posologique tenant compte de la chrono pharmacovigilance.

## RÔLE DE L'ORTHOPHONISTE



Essentiellement un rôle d'alerte du médecin traitant.

Mais également, maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies dégénératives.

Le médecin peut prescrire un bilan orthophonique ; pas uniquement pour des troubles du langage :

- Séance de 45mn
- Recherche auditive et visuelle
- Questions sur une éventuelle chute

- On marche en discutant donc on regarde la démarche
- Repérage des troubles de la déglutition, repérage des fausses routes.

Possibilité de réaliser une rééducation de ces troubles.

## RÔLE DE L'ORTHOPTISTE



Les pathologies oculaires de la personne âgée (DMLA, cataracte, glaucome) peuvent entraîner des troubles du champ visuel central et/ou périphérique. Associées à des difficultés d'orientation du regard et de coordination œil/tête, la détection des

obstacles (entre autre) devient périlleuse.

Rééducation des troubles de la motricité oculaire, renforcement de la coopération sensori-motrice du capteur visuo-oculaire, renforcement des coordinations

oculocéphalique et oculomanuelle, et de la coopération œil / vision / mouvement.

Evaluer les répercussions de la sénescence sur les activités quotidiennes.

## RÔLE DU CHIRURGIEN-DENTISTE



La malnutrition et la dénutrition sont des facteurs de risques avérés des chutes et de l'aggravation de leurs conséquences. La santé orale prend alors toute son importance. Le «Bien Manger» participe au «Bien Vieillir», tant dans la qualité de vie que dans son retentissement sur

l'état général. Un mauvais état dentaire, des édentations non compensées, des prothèses mal adaptées, une sécheresse buccale, des gencives douloureuses, sont autant d'éléments néfastes à la mastication, premier acte de la digestion, qui auront donc un retentissement sur les choix alimentaires.

Nos patients âgés, souvent fatalistes face à la dégradation de leur état bucco-dentaire, présentent souvent un besoin en soins non satisfait ; il est donc nécessaire de proposer des soins bucco-dentaires parallèlement à toute prise en charge nutritionnelle dans la prévention des chutes.

# CONCLUSION

Concernant la prévention et la prise en charge de la chute, il est important que l'ensemble des professionnels de santé s'implique de manière coordonnée afin de préserver l'autonomie de la personne âgée et d'éviter la récurrence.

## À RETENIR :

Evaluation iatrogénique

Bilan risque de chute

Bilan orthopédique : de chaussage

Evaluation à domicile : infirmier : un patient seul chez lui = facteur de risques = alerter le médecin traitant

Bilan orthophonique

Aménagement de l'habitat

= Excellente alternative face au PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie) hospitalier



## DÉMARCHAGES COMMERCIAUX

De nombreuses sociétés commerciales vous font de l'intimidation pour vous inciter à les utiliser dans le montage de votre Ad'AP (agendas programmés pour la mise en accessibilité de leurs locaux aux personnes handicapées).

Pour rappel, les services de l'Etat n'effectuent aucun démarchage téléphonique ou par courrier des utilisateurs d'établissements recevant du public.

Pour mémoire, aucune échéance n'est annoncée par le gouvernement



<https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F32873>



## SITE INTERNET / PAGE FACEBOOK

<http://www.urpsml-hdf.fr/>



<https://www.facebook.com/URPSMedecinsHDF/>

- ISSN : 2119-1786 - Tirage : 9 850 exemplaires
- Directeur de la publication : Dr Philippe CHAZELLE
- Rédacteur en chef : Dr Philippe CHAZELLE
- Conception / rédaction : Aude GRIMONPREZ
- Création de la maquette : Audacioza Studio
- Comité de rédaction : Drs Philippe CHAZELLE, Françoise COURTALHAC, Bertrand DEMORY, Jean-Paul KORNOBIS, Dominique PROISY et Bénédicte VERMOOTE
- Impression : Imprimerie Calingaert  
49 route d'Arras - BP10012  
59155 Fâches-Thumesnil cedex
- Crédit photos : Fotolia