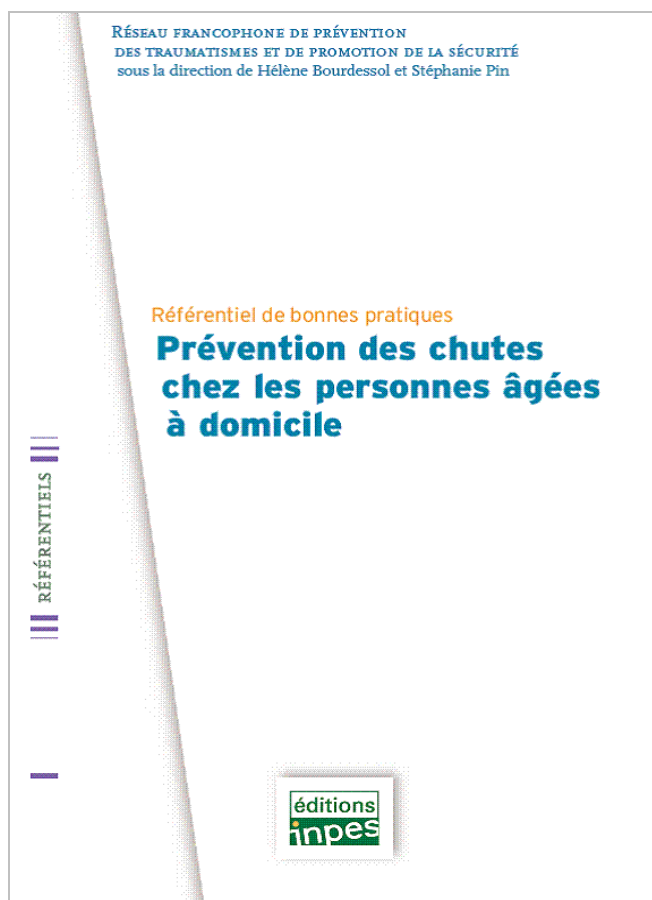


REFERENTIEL DE BONNES PRATIQUES

PREVENTION DES CHUTES CHEZ LES PERSONNES AGEES A DOMICILE



SOMMAIRE

<u>PREMIER REFERENTIEL FRANCOPHONE</u> <u>SUR LA PREVENTION DES CHUTES CHEZ LES PERSONNES AGEES</u>	P.4
AMELIORER LA QUALITE ET L'EFFICACITE DES INTERVENTIONS DE PREVENTION DES CHUTES...	P.4
REPENDRE AUX BESOINS DES ACTEURS DE TERRAIN	P.5
UN DOCUMENT POUR LES PROFESSIONNELS IMPLIQUES DANS LA PREVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTE	P.5
UN DOCUMENT ORIENTE VERS LA PRATIQUE	P.5
Des recommandations fondées sur les preuves scientifiques	P.5
Une démarche en trois temps.....	P.6
La consultation pluridisciplinaire de la chute, un exemple d'intervention multifactorielle personnalisée.....	P.7
DIFFUSION ET VALORISATION DU REFERENTIEL	P.7
UN PROGRAMME DE TRAVAIL PERSONNES AGEES	P.8

PREMIER REFERENTIEL FRANCOPHONE SUR LA PREVENTION DES CHUTES CHEZ LES PERSONNES AGEES

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), en partenariat avec la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), publie le premier référentiel francophone de bonnes pratiques concernant la prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile.

Cet ouvrage a pour objectif de favoriser la mise en œuvre d'interventions ou de programmes de prévention des chutes en proposant une démarche d'identification des risques et des stratégies d'intervention concrètes et pratiques. La finalité de tels programmes est de maintenir ou d'améliorer l'autonomie des personnes âgées vivant à domicile.

AMELIORER LA QUALITE ET L'EFFICACITE DES INTERVENTIONS DE PREVENTION DES CHUTES

En France, la part des personnes âgées dans la population se situe autour de 16 % (près de 10 millions d'individus¹). Au cours des prochaines décennies, les effectifs des aînés ne vont cesser d'augmenter. Actuellement, les femmes peuvent espérer vivre en moyenne plus de 83 ans, alors que pour les hommes, l'espérance de vie à la naissance est de 75 ans. En France, parmi la génération des sexagénaires, 18 % des personnes vivent seules ; elles sont 30 % chez les septuagénaires et plus de 40 % chez les octogénaires².

Le vieillissement des populations constitue une préoccupation importante dans nos sociétés. Bien que les politiques économique, sociale et sanitaire aient donné une place croissante à cette question en apportant à la plupart des personnes âgées les moyens de vivre une vieillesse de façon autonome, l'augmentation constante du nombre des aînés au cours des prochaines décennies n'en reste pas moins un nouvel enjeu qui concerne l'ensemble des citoyens.

La qualité de vie de nos aînés s'est considérablement améliorée depuis 50 ans, ce qui a eu pour effet d'augmenter l'espérance de vie de manière spectaculaire. Bien que de plus en plus d'individus « vieillissent en bonne santé », la vieillesse entraîne malgré tout une fragilisation physique et fonctionnelle. Ainsi les personnes âgées présentent un risque accru de perte d'autonomie.

On estime qu'environ un tiers des personnes âgées de 65 ans et plus et vivant à domicile chutent chaque année³. Les conséquences physiques et psychologiques d'une chute sont importantes chez la personne âgée. Les chutes peuvent en effet, engendrer une diminution de la mobilité, une perte de confiance en soi, une limitation des activités quotidiennes et accélérer ainsi le déclin des capacités fonctionnelles. Elles engendrent un nombre important d'hospitalisations, la fracture de la hanche en est ainsi le principal motif. Enfin, elles constituent la principale cause de décès par traumatisme dans cette population (environ 9 000 décès en 1999 consécutifs à une chute).

¹ Ined 2003, Insee 2004

² Chaleix, 2001

³ Dargent-Molina et Bréart, 1995

REPOUDRE AUX BESOINS DES ACTEURS DE TERRAIN

Depuis plusieurs années, des programmes de prévention des chutes chez les personnes âgées sont initiés en France (par exemple le programme Equilibre initié par la CRAM Bourgogne/Franche Comté) comme à l'étranger (par exemple le programme P.I.E.D. au Québec).

En effet, de plus en plus d'acteurs de terrain s'investissent dans la réalisation de programmes de prévention des chutes. Néanmoins, il reste difficile à ce jour d'évaluer l'efficacité de tels programmes en terme de réduction des chutes accidentelles. Enfin, de nombreux référentiels de bonnes pratiques existent, mais sont la plupart du temps en langue anglaise ; les recommandations proposées ne sont que rarement détaillées et fournissent assez peu d'éléments pratiques pour mettre en œuvre un programme de prévention des chutes.

Un groupe d'experts francophones (français, québécois, belges et suisses), coordonné par l'Inpes, a engagé une réflexion sur la création de ce **premier référentiel francophone des bonnes pratiques pour la prévention des chutes chez les personnes âgées**.

UN DOCUMENT POUR LES PROFESSIONNELS IMPLIQUES DANS LA PREVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTE

Ce référentiel de bonnes pratiques en prévention des chutes s'adresse aux intervenants de terrain auprès des personnes âgées (éducateurs physiques, kinésithérapeutes, médecins, gériatres, infirmiers, ...), aux formateurs (formateurs d'aides à domicile, formateurs de kinésithérapeutes, ...) ainsi qu'aux responsables de programmes de santé publique.

Les personnes âgées de 65 ans et plus, vivant à domicile, constituent la cible des interventions et donc le public indirect du document.

UN DOCUMENT ORIENTE VERS LA PRATIQUE

Des recommandations fondées sur les preuves scientifiques

Ce référentiel a été élaboré par un groupe de travail, composé d'intervenants et d'experts en santé publique et en gérontologie provenant de Belgique⁴, de France⁵, du Québec⁶ et de Suisse⁷, au terme d'une analyse de la littérature scientifique et d'une réflexion collective.

Les recommandations proposées se fondent sur des niveaux d'évidence scientifique ou, pour les thématiques sur lesquelles les études manquent à ce jour, sur un consensus du groupe de travail. Toutefois, et afin de rendre le document accessible au plus grand nombre, les données scientifiques sont présentées de façon volontairement simple, sous forme de tableaux récapitulatifs et de résumés, avec des renvois fréquents vers des ouvrages plus détaillés et plus précis.

Avant d'être finalisé, le référentiel a été soumis à un comité de lecture composé d'intervenants médico-sociaux et de professionnels de santé publique des quatre pays concernés.

⁴ Education Santé

⁵ INPES, URCAM de Franche Comté, les ARCADES

⁶ Direction de la Santé Publique

⁷ Direction Générale de la Santé

Une démarche en trois temps

Le référentiel de bonnes pratiques propose une démarche systématique de prévention des chutes. Il s'articule autour d'un arbre décisionnel qui permet aux intervenants de connaître les facteurs de risque des chutes, de les identifier et de les repérer chez une personne âgée, et de choisir l'intervention la plus adaptée pour prévenir le risque de chuter.

⇨ 1er temps – connaître les facteurs de risque

La chute est un événement multifactoriel qui nécessite une **approche globale** de la personne âgée.

Les principaux facteurs de risque et les mécanismes de survenue de la chute chez la personne âgée sont présentés dans la première partie du référentiel de bonnes pratiques en distinguant :

- les facteurs socio-démographiques ;
- les facteurs liés à l'état de santé de la personne âgée : troubles de l'équilibre, pathologies chroniques et aiguës ;
- les facteurs comportementaux : médication, nutrition, consommation d'alcool, prise de risque, peur de chuter ;
- et les facteurs environnementaux.

⇨ 2ème temps – identifier le risque de chute d'une personne âgée

La prévention des chutes sera plus efficace si elle adapte le contenu de l'intervention aux risques présentés par la personne âgée. La phase de repérage est primordiale avant de proposer un programme de prévention des chutes. Cette opération doit permettre aux professionnels du secteur médico-social d'ajuster leurs interventions au profil de risque de la personne et d'accroître ainsi leur possibilité d'avoir un effet mesurable sur la réduction des chutes.

Le référentiel de bonnes pratiques propose un dépistage simple en deux étapes qui permettra d'évaluer le niveau de risque de chute (élevé, moyen ou faible) d'une personne âgée.

Le dépistage en deux étapes :

Il se compose de deux tests :

- **Histoire de chute antérieure**

Une personne ayant déjà chuté présente un risque significativement plus élevé de chuter à nouveau qu'une personne ne rapportant pas d'histoire de chute antérieure⁸.

« *Etes-vous tombé(e) durant la dernière année ? Combien de fois ?* »

- **Lever et marcher chronométré**

Muni d'une montre indiquant les secondes (ou d'un chronomètre), on demandera à la personne de se lever de sa chaise, sans se tenir à une table, de parcourir 3 mètres, de se tourner et de revenir s'asseoir⁹. Les personnes âgées vivant à domicile et n'ayant pas de troubles de l'équilibre ou de la marche réalisent cet exercice en moins de 14 secondes. Un temps supérieur à 14 secondes témoigne d'une mobilité diminuée et d'un risque de chute¹⁰.

⁸ Campbell, Borrie et al., 1989; Nevitt, Cumming et al., 1989; Luukinen, Koski et al., 1996; Friedman, Munoz et al., 2002

⁹ Une description du test est fournie dans la partie « Fiches pratiques », page x.

¹⁰ Shumway-Cook, Brauer et al., 2000; Bischoff, Stahelin et al., 2003

Selon le résultat, on orientera la personne vers le programme le plus adapté.

Si la personne âgée présente un niveau de risque élevé, une évaluation plus approfondie est alors recommandée, et le référentiel présente les différents outils d'évaluation qui peuvent être utilisés.

L'évaluation approfondie

Pour les personnes ayant déjà chuté durant la dernière année et ayant réalisé le « lever et marcher chronométré » en plus de 14 secondes, une évaluation plus approfondie est recommandée. Cette évaluation nécessite la participation de plusieurs intervenants (médecin, infirmière ou aide-soignante ou kinésithérapeute, aide à domicile ou aide-ménagère) et suppose également une évaluation du domicile de la personne.

Il convient de vérifier de façon prioritaire :

- les troubles de l'équilibre et de la marche,
- les médicaments,
- les dangers du domicile,
- les pathologies chroniques et aiguës,

De façon moins prioritaire, cette évaluation portera également sur :

- la prise de risque,
- la peur de chuter,
- la dénutrition,
- la consommation abusive d'alcool.

👉 3ème temps – prévenir le risque de chute

Selon le niveau de risque des personnes, différents types d'intervention sont proposés. Pour des personnes à risque élevé, on recommande ainsi d'agir sur les différents facteurs de risque repérés, au moyen d'une intervention multifactorielle personnalisée qui fait intervenir plusieurs acteurs (médecin, infirmière, évaluateur au domicile, kinésithérapeute). Des exemples d'interventions mises en place en France ou dans les pays partenaires sont présentés, et les stratégies d'intervention sont détaillées pour les différents facteurs de risque concernés.

La consultation pluridisciplinaire de la chute, un exemple d'intervention multifactorielle personnalisée

Il s'agit d'interventions mises en place dans plusieurs Centres hospitaliers universitaires (CHU) en France (Lille, Nîmes, St-Etienne par exemple), sous des formes diverses¹¹.

L'expérience de Lille, dans le Nord de la France, qui accueille depuis 1996 entre 75 et 100 patients âgés par an, est à plusieurs niveaux exemplaire¹². Elle s'adresse aux personnes âgées qui ont chuté ou qui présentent des troubles de l'équilibre et de la marche et vise à prévenir les nouvelles chutes et la perte d'autonomie en offrant une alternative à l'hospitalisation.

Ces consultations se fondent sur une évaluation initiale de plusieurs facteurs de risque de chute, effectuée par différents types d'intervenants (gériatre, neurologue, rééducateur fonctionnel). Le résultat de cette évaluation et des propositions d'intervention concernant le patient, son entourage ou l'environnement du patient sont adressés au médecin traitant, et une visite de contrôle est programmée à 6 mois. Ce type de consultation a prouvé son efficacité pour réduire l'incidence des chutes.

Ces éléments doivent permettre aux intervenants de composer des programmes de prévention adaptés aux différentes situations qu'ils peuvent rencontrer et d'ajuster leurs stratégies d'intervention aux contraintes de leur profession et à leurs capacités.

DIFFUSION ET VALORISATION

Edité à 5000 exemplaires, le référentiel sera diffusé dès août 2005 auprès des différents réseaux de prévention, d'orientation et d'information en gérontologie, ainsi qu'auprès des institutions et- acteurs potentiellement intéressés par la mise en place d'interventions en prévention des chutes.

Ce référentiel peut également s'obtenir, au prix de 11.50 euros, auprès de l'INPES (Tel : 01 49 33 23 71 – Fax : 01 49 33 22 91 – Courrier : Inpes / Service diffusion - 42 bd de la Libération- 93203 Saint Denis Cedex – Email : edif@inpes.sante.fr).

Une version condensée des recommandations sera éditée dans la collection « Repères pour votre pratique » de l'Inpes et sera mise à la disposition des acteurs du secteur médico-social travaillant en libéral et concernés par la problématique du vieillissement : médecins, infirmières, kinésithérapeutes, aides à domicile, aides soignants, etc.

Des séances de formation seront organisées pour permettre et favoriser l'appropriation de la démarche par les publics.

Par la suite et à partir du référentiel, des critères de qualité des actions de prévention des chutes seront élaborés ; ils serviront à l'évaluation et au suivi des interventions mises en place.

¹¹ Pollez, Puisieux et al. 1999; Blanc, Blanchon et al. 2000

¹² Puisieux, Pollez et al., 2001

UN PROGRAMME DE TRAVAIL PERSONNES AGEES

Depuis septembre 2004, un programme « *personnes âgées* » est en place au sein de l'Inpes. Il a pour finalité la prévention de la perte d'autonomie et la promotion de la santé des personnes âgées vivant à domicile. Il poursuit notamment les objectifs suivants :

- Promouvoir des comportements favorables à la santé (augmenter le niveau d'activité physique, favoriser une utilisation judicieuse des médicaments...),
- Prévenir la survenue d'incapacités chez les personnes âgées vivant à domicile (améliorer la prévention des chutes et des fractures...),
- Renforcer l'environnement social des personnes âgées (favoriser la mise en place d'interventions de prévention et d'éducation pour la santé en direction des aidants...),
- Adapter l'environnement physique aux capacités des personnes âgées (favoriser la mise en place d'évaluations et d'aménagement du domicile des personnes âgées...)

Les actions menées par l'Inpes :

- **Diffusion de 2 brochures**



- « Alimentation et exercice physique : comment garder son équilibre après 60 ans ». Cette brochure présente quelques conseils simples permettant de limiter les chutes des personnes âgées.

- « Aménager votre maison pour éviter les chutes ». Des conseils faciles à mettre en pratique pour une alimentation équilibrée et une activité physique régulière sont présentés. Un « Guide pratique en 11 recettes et 10 exercices physiques » est encarté dans la brochure.

- **Diffusion de programmes courts multi-thématiques « Pour garder bon pied, bon œil »**



Cette série, composée de 10 programmes courts, permet de donner des conseils de prévention, avec humour et simplicité, sur l'aménagement de la maison, l'équipement des personnes (lunettes et chaussures), les prises médicamenteuses et la demande d'aide. Elle s'articule autour de personnages récurrents pour faciliter l'identification : un couple de personnes âgées, leur petit-fils adolescent, l'auxiliaire de vie et une amie un peu plus âgée. Elle sera rediffusée cet été sur TF1.

- **Diffusion d'un outil d'intervention en éducation pour la santé aux professionnels de santé**



Cet outil d'éducation pour la santé du patient touché par la maladie d'Alzheimer ou par une maladie apparentée a pour finalité de permettre aux médecins en charge des consultations de la mémoire de construire une relation de soin fondée sur la participation active, le « respect et la valorisation de l'estime de soi du patient, quel que soit son état physique et psychique ».

Il est constitué d'un guide pour le médecin, de 10 pochettes de 4 livrets patient et d'une affiche.