

La prévention des chutes

La chute est le plus souvent un événement multifactoriel. Les principaux facteurs de risque et les mécanismes de survenue de la chute sont généralement les suivants :

- les facteurs environnementaux : chambre encombrée, manque d'espace pour se mouvoir, matériel traînant par terre (fils, câbles), sol mouillé ;
- les facteurs physiques et psychologiques : troubles de l'équilibre, faiblesse musculaire, pathologies chroniques et aiguës entraînant douleurs et fatigue, agitation, démences ;
- les facteurs extrinsèques et intrinsèques : la prise de médicaments (neuroleptiques, psychotropes...), la dénutrition (qui majore la fatigue), la consommation excessive d'alcool, la peur de chuter (chez les personnes âgées et les personnes ayant déjà chuté), le matériel de soins qui gêne les mouvements, les vêtements inadaptés (trop longs, trop serrés), un mauvais chaussage (semelles glissantes, chaussures ou chaussons bas sans lacets ou sans Velcro, lacets défaits).

Un même individu peut cumuler plusieurs facteurs de risque. Le rôle des soignants est donc d'évaluer ses facteurs afin de proposer des moyens de prévention adaptés et efficaces.

La chute relève souvent d'une mauvaise évaluation des risques et d'un manque de surveillance ou d'anticipation de la part des soignants (elle est souvent assimilée à une faute professionnelle).

Pour tout patient à risque de chute (conscient ou inconscient), il faut discuter en équipe du ou des meilleurs moyens préventifs à mettre en place (éducation, surveillance, contention¹²⁷). Les chutes concernent environ la moitié des patients de plus de 65 ans¹²⁸.

Le repérage des patients à risque

- Rechercher la notion d'une chute antérieure : une personne ayant déjà chuté présente un risque significatif de chuter de nouveau.

Le test de la « chaise chronométrée » (TUG en anglais pour Timed Up and Go) : ce test est réservé aux personnes âgées pour quantifier le risque de chute. La personne qui effectue le test est équipée d'un chronomètre, elle demande au patient de se lever de sa chaise sans se tenir à un support, de parcourir environ 3 mètres et de revenir s'asseoir. Les patients qui n'ont pas de risque de chute réalisent ce test en moins de 14 secondes (TUG négatif). Un temps supérieur à 14 secondes témoigne soit d'une mobilité réduite, soit d'un risque de chute (TUG positif).

Ce repérage permet de classer les personnes à risque en trois catégories :

- les personnes à risque élevé de chute : notion de chute antérieure et TUG supérieur à 14 secondes. Pour ces patients une évaluation plus approfondie sera nécessaire (recherche des facteurs de risque);

¹²⁷ La contention n'est pas toujours le moyen le plus efficace d'éviter les chutes. Elle ne doit être considérée que lorsque les autres moyens ont été envisagés et qu'ils ont démontré leur inefficacité. De plus, les contentions physiques peuvent entraîner la grabatisation des malades, et provoquer des incontinences et des troubles trophiques (rougeurs, escarres).

¹²⁸ Environ 9334 personnes de plus de 65 ans sont décédées à la suite d'une chute en France en 2014 (Source INVS).

- les personnes à risque modéré de chute : notion de chute antérieure ou TUG supérieur à 14 secondes ;
- les personnes à risque faible de chute : pas de notion de chute antérieure et TUG négatif inférieur à 14 secondes¹²⁹.

❖ La prévention des chutes (au domicile ou à l'hôpital)

Pour les patients à risque élevé de chute

Agir sur les facteurs de risque identifiés (revoir les traitements et leur observance : pas de rupture dans les traitements, respect des posologies), proposer des exercices correspondant aux troubles de la mobilité observés lors du test (troubles de l'équilibre, faiblesse musculaire : ergothérapeute, kinésithérapeute), intervenir sur les autres facteurs et notamment sur la nutrition. Une réévaluation sera pratiquée au bout de quelques mois afin de mesurer les changements (positifs ou négatifs) et encourager les personnes à poursuivre les actions préventives.

Pour les patients à risque modéré de chute

Une évaluation approfondie des risques de chute n'est pas nécessaire, mais il est quand même important de faire un point avec le malade sur ses traitements et sur les dangers, tant à l'hôpital qu'au domicile. Proposer un programme de prévention des chutes¹³⁰. Donner des conseils alimentaires pour les personnes qui mangent peu ou qui sont dénutries.

Pour les patients à risque faible de chute

Le risque est réévalué chaque année, des programmes d'éducation pour la santé peuvent être proposés ainsi que des programmes de prévention des chutes.

❖ Les contentions physiques passives

La contention physique « passive » se caractérise « par l'utilisation de tous moyens ou méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour un patient qui présente un comportement estimé dangereux ou inadapté¹³¹ ».

La pose d'une contention doit permettre d'assurer la sécurité du patient et/ou de son entourage. En dehors d'une situation d'urgence, la pose d'une contention physique relève toujours d'une prescription médicale après concertation avec l'équipe soignante.

Dans la mesure du possible, la contention doit être mise en place avec le consentement du malade et de sa famille. L'information portera sur l'objectif de la contention, les moyens ou les matériels utilisés, la durée prévisible de la contention.

Le recours à une contention physique pour une personne âgée ayant un comportement à risque (agitation, risque de chute) est un geste de soin qui implique de connaître les dangers liés à l'immobilisation (incontinence, grabatation, risques liés au décubitus).

Une évaluation régulière des besoins et des risques sera effectuée, ainsi que la réalisation de soins et de surveillances personnalisés.

Afin de limiter les dangers et les conséquences d'une contention physique, il convient d'y avoir recours le moins souvent possible, le mieux possible et le moins longtemps possible.

Les moyens spécifiques de contention physique :

- gilets et sangles thoraciques, ceintures abdominales ;
- attaches de poignets et de chevilles ;
- sièges gériatriques ;
- barrières de lit.

Les moyens non spécifiques de contention physique : il faut considérer tout matériel détourné de son usage et utilisé comme procédé de contention (alèse, draps, vêtements) comme interdit et dangereux.

¹²⁹ Le risque zéro concernant les chutes n'existe pas.

¹³⁰ Certaines caisses d'assurance maladie ou certaines mutuelles proposent des ateliers d'activités physiques ou des ateliers « Équilibre ».

¹³¹ Rapport de l'Anaes : *Limites des risques de contention physique de la personne âgée* - 2000.

iques

se caracté-
rises par des méthodes,
qui limitent
l'aire de tout
obtenir de la
un compor-
t¹³¹ ».

permettre
/ou de son
ation d'ur-
sique relève
cale après
e.

contention
entement du
porter sur
ou les maté-
contention.
ysique pour
ortement à
est un geste
les dangers
gratatisa-

soins et des
a réalisation
nalisés.
les consé-
e, il convient
possible, le
ps possible.
contention

ceintures

les ;

de conten-
out matériel
comme pro-
vêtements)

teliers

❖ La population concernée par la contention physique passive

- Tout patient à risque élevé de chute.
- Les personnes âgées de plus de 65 ans, en capacité de se mobiliser, hospitalisées dans une unité de soins ou prises en charge dans une structure de type maison de retraite ou EHPAD.
- Les personnes atteintes de troubles mentaux non liés à l'âge, qu'ils soient ou non en isolement.

❖ Les complications liées à la contention

L'usage d'une contention physique au-delà de 4 jours peut être responsable d'un(e) :

- apparition d'escarres ;
- incontinence mictionnelle ;

- infection nosocomiale ;
- apparition ou d'une aggravation d'un état confusionnel ou d'une agitation ;
- syndrome d'immobilisation (contractures, perte de la masse osseuse, troubles trophiques, perte d'appétit) ;
- blessure grave (notamment avec les barrières de lit : chute par-dessus les barrières) ;
- perte d'autonomie ;
- augmentation de la durée d'hospitalisation ;
- décès par strangulation ou asphyxie¹³².

❖ En conclusion

- Le recours à la contention doit être une exception du fait des risques qu'elle entraîne.
- Le recours à la contention impose une évaluation de l'état de santé de la personne âgée, une stratégie de soins et une surveillance à adapter au cas par cas.

¹³² Environ 1/1000 décès en institution pour personnes âgées (source : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé - 2000).