

Protocole thérapeutique
Chute de la personne âgée

V1 05/07/2019

Version initiale
05/07/2019

Rédaction	Validation	Approbation
A.C. Gaudin - Assistante - DMU	C. Soulié - PH- Responsable UF Urgences- DMU C. Annweiler - PU-PH - Chef de service de Gériatrie G. Duval - CCA - Gériatrie	P.M. Roy - PU-PH - Responsable du DMU

1) Généralités - Définitions

- Chute : fait de se retrouver involontairement au sol ou à un niveau inférieur à la position de départ (lit, affaissement sur un fauteuil, etc.)
- Chute grave : définie par la présence de ≥ 1 critère de gravité (Cf. 2).

2) Critères de gravité

- Conséquences de la chute :
 - o Traumatismes physiques
 - o Impossibilité de se relever du sol
 - o Désadaptation posturo-motrice (« Syndrome post chute » = hypertonie extrapyramidale ou oppositionnelle le plus souvent axiale avec rétropulsion + abolition des réflexes de posture + syndrome dysexécutif + peur de chuter)
- Station au sol prolongée > 1 heure
- Gravité éventuelle liée à la pathologie responsable de la chute
- Caractère répétitif de la chute (2 chutes ou plus au cours des 12 derniers mois)
- Situations à risque de chute grave :
 - o Anticoagulant et/ou antiagrégant plaquettaire
 - o Isolement socio-familial
 - o Ostéoporose connue

3) Principaux facteurs de risques prédisposant à une chute (ANAMNESE ESSENTIELLE)

- Posturaux
 - o Trouble de la marche et/ou équilibre (vestibulaires, proprioceptifs et cérébelleux)
 - o Diminution de la force et/ou puissance musculaire des membres inférieurs (MI)
 - o Troubles de la sensibilité des MI
- Déficit visuel non corrigé
- Troubles cognitifs
- Dénutrition
- Hypotension orthostatique
- Pathologie chronique : Cardiopathie, Néoplasie, Neurologique, Respiratoire, Diabète, Rhumatologique (arthrose), Psychiatrique (syndrome dépressif), Douleurs chroniques
- Traitement
 - o Traitement par anti-dépresseurs, benzodiazépines, neuroleptiques,
 - o Traitement par diurétiques, digoxine, anti-arythmique classe I, anti-hypertenseurs, autres cardiotropes
 - o Polymédication (> 4/j)
- Alcool
- Antécédents de chute ou de fracture traumatique
- Facteurs environnementaux : Chaussage, Aménagement (tapis, fil, chaises, marches)

4) Etiologie (souvent multiples)

S'acharner à chercher une étiologie de la chute.

Seulement si aucune étiologie ci-dessous présente : le diagnostic de chute « accidentelle » peut-être retenu.

- Malaise avec ou sans perte de connaissance
- Cardiovasculaires (troubles du rythme/conduction, infarctus du myocarde, décompensation d'une cardiopathie, HTO)
- Déshydratation
- Pathologie neurologique aiguë (AVC, épilepsie)
- Pathologie infectieuse aiguë
- Pathologie hématologique (anémie)
- Métaboliques (dysnatrémie, dyscalcémie, hypoglycémie)
- Médicamenteuses
- Aggravation de troubles de la marche et de l'équilibre sur pathologie dégénérative
- Stress environnemental

5) Examens complémentaires

- **Toute chute de la personne âgée justifie d'un ECG**
- Recherche hypotension orthostatique (HTO) si possible aux urgences
- Biologie : NFS, plaquettes, ionogramme sanguin, créatininémie, calcémie corrigée (albuminémie) (pas en 1^{ère} intention sauf si confusion associée)
- BU+/- ECBU (attention : taux de colonisation important)

En fonction du patient :

- Glycémie capillaire si diabète ou trouble de vigilance
- CPK si station au sol > 1 heure
- CRP si contexte inflammatoire/infectieux
- Bilan hépatique
- Troponine
- Hémostase si anticoagulation, ou chirurgie probable
- Groupe, RAI si chirurgie probable
- Tetanotest si plaie
- Bladder scan
- TDM cérébrale (confusion et/ou étiologie de la chute et/ou conséquences de la chute)
- Radiographies selon clinique

6) Prise en charge thérapeutique aux urgences

- Favoriser la position assise si possible
- Scope non systématique
- Pose VVP non systématique
- Antalgiques si besoin :
 - o Paracétamol PO ou IV si voie PO impossible
 - o Oramorph® 20mg/1mL : 5 à 10 mg/4h (soit 4 à 8 gouttes/4h) (1 goutte = 1.25 mg) si douleurs non soulagées par Paracétamol. Titration Morphine IV si besoin
- Perfusion en fonction de l'état clinique et du ionogramme sanguin
- Traitement habituel (prescription réfléchie, attention à represcrire antiépileptiques et antiparkinsoniens, bien noter et justifier les traitements suspendus ou les modifications de posologie dans la conclusion)
- Environnement rassurant, calme, attitude bienveillante des soignants
- Sédatation chimique si agitation :
 - o Préférer toujours commencer par les benzodiazépines (déments ou pas) ex. : oxazépam 10 mg PO, midazolam 3 à 5 mg en intra-nasal
 - o En 2^{nde} intention ET si absence de démence connue : Loxapac® gouttes 1 à 5 mg pour débiter, CI si démence à corps de Lewy

7) Hospitalisation

7-1) Indications d'hospitalisation

- RAD semble impossible ou précaire
- **ET/OU** Si présence de critères de gravité (Cf. 2) empêchant le RAD selon l'appréciation du clinicien (évaluation du patient, son état clinique à l'instant, les ressources environnementales et familiales, la proximité de son domicile, le contact avec le Médecin Traitant)
- Contacter le sénior de Gériatrie (43701) OU EMGA (53338) si situations complexes ou nécessité d'un avis. Le WE, en cas de situation complexe, possibilité de joindre le gériatre d'astreinte sur l'unité de gériatrie mais pas de déplacement au SAU

7-2) Orientation

- Service de Gériatrie
- Si impossible : autres services de médecine avec une demande d'évaluation par l'EMGA (Equipe Mobile De Gériatrie Angevine).
- Si nécessité d'une surveillance ≤ 24h **avec** possibilité de RAD ensuite : UHCD avec une demande d'évaluation par l'EMGA **sauf le WE**

7-3) Prescriptions d'hospitalisation

- Surveillance paramètres (fréquence de prises en fonction du patient et de ses pathologies)
- Alimentation
- Lever précoce autorisé et à stimuler
- Antalgiques si besoin
- Perfusion en fonction de l'état clinique et du ionogramme sanguin
- Traitement habituel (prescription réfléchie, attention aux psychotropes, cardiotropes)

8) Retour à domicile

Contactez le médecin généraliste et/ou appelez les proches pour expliquer la chute et les consignes de surveillance.

Ordonnance de sortie (Modèle dans Crossway)

- Antalgiques
- Bas de compression veineuse si HTO en l'absence de contre-indication (pouls périphériques perçus et/ou pas d'AOMI sévère connue)
- Ajustement traitement anti hypertenseur si recherche HTO positive avec consultation chez le médecin traitant pour un suivi rapide avec +/- mise en place de mesures non médicamenteuses
- Kinésithérapie en prévention du syndrome post chute pour travail de l'équilibre et de la marche, apprentissage des relevés du sol, et évaluation de l'indication d'une aide technique à la marche
- Majoration du plan d'aides (passage IDE quotidien pour aide à la toilette, bas de compression veineuse) avec un délai moyen de mise en place sur Angers de 8 à 15 jours, avec une prise en charge financière dépendante de la mutuelle et de la caisse de retraite du patient.

Attention si passage IDE uniquement pour la mise en place de bas de compression veineuse : pas de prise en charge par la Sécurité Sociale

9) Filière spécialisée

Si retour à domicile ou en structure directement après le passage aux urgences :

- Prévoir systématiquement une prise en charge ambulatoire en Filière IMPACT en cliquant sur la case « CHUTE-Urqual » prévue à cet effet (ne pas mettre en plus "à prévoir en externe-Urqual" pour bilan de chute car sinon doublon) pour tout patient de 75 ans ou plus ayant chuté ou à fort risque de chute.
Délai de prise en charge habituel en consultation IMPACT de 3 semaines.
L'équipe de Gériatrie s'occupe en aval du passage au SAU, de réorienter si nécessaire dans la filière mémoire en fonction du statut cognitif du patient soit avant, soit après la prise en charge IMPACT.