

Parachutes

Prévention des chutes
dans le domaine des soins

Manuel Procédure « Parachutes » Médecins

Version : 23.09.2021



MIT Unterstützung der / Avec le soutien de la

SFGG - SPSC
Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie
Società Professionale Svizzera di Geriatria
Società Professionale Svizzera di Geriatria

Impressum

Auteur

Patrick Alpiger, PHS Public Health Services

Andreas Biedermann, PHS Public Health Services

Andreas Bieri, représentant du Verein Berner Haus- und Kinderärzte VBHK

Stephanie A. Bridenbaugh, représentante de la Société Professionnelle Suisse de Gériatrie SPSG

Martin Liesch, représentant du Grisomed Ärztenetzwerk Graubünden

Thomas Münzer, représentant de la Société Professionnelle Suisse de Gériatrie SPSG

Stefan Neuner-Jehle, représentant du Collège de médecine de premier recours CMPR

Carlos Quinto, représentant de l'organisation professionnelle du corps médical suisse FMH

Gestion de projet

PHS Public Health Services

© Parachutes 2021

Tous droits réservés. Utilisation autorisée à condition que la source soit citée (voir suggestion de citation).

Citation suggérée

Alpiger P., Biedermann A., Bieri A., Bridenbaugh St.A., Liesch M., Neuner St., Münzer Th., Quinto C. (2021). Procédure « Parachutes » pour les médecins. Manuel. Berne : PHS Public Health Services

Projet « Parachutes »

Le projet « Parachutes » se déploie de 2019 à 2022 dans les cantons pilotes de Saint-Gall, de Berne, des Grisons, du Jura et de Zurich. Il vise à ancrer dans le domaine des soins une prévention des chutes de haute qualité et interprofessionnelle pour les personnes à risque de chute accru.

Le projet implique des organisations nationales et cantonales du domaine des soins, de la santé publique et de la société civile.

« Parachutes » est soutenu de 2019 à 2022 par le fonds « Prévention dans le domaine des soins (PDS) » de la Fondation Promotion Santé Suisse ainsi que par des sponsors et partenaires.

Pour plus d'informations d'outils et de matériel de formation pour les professionnel·les:

www.parachutes.ch

avec le soutien de :

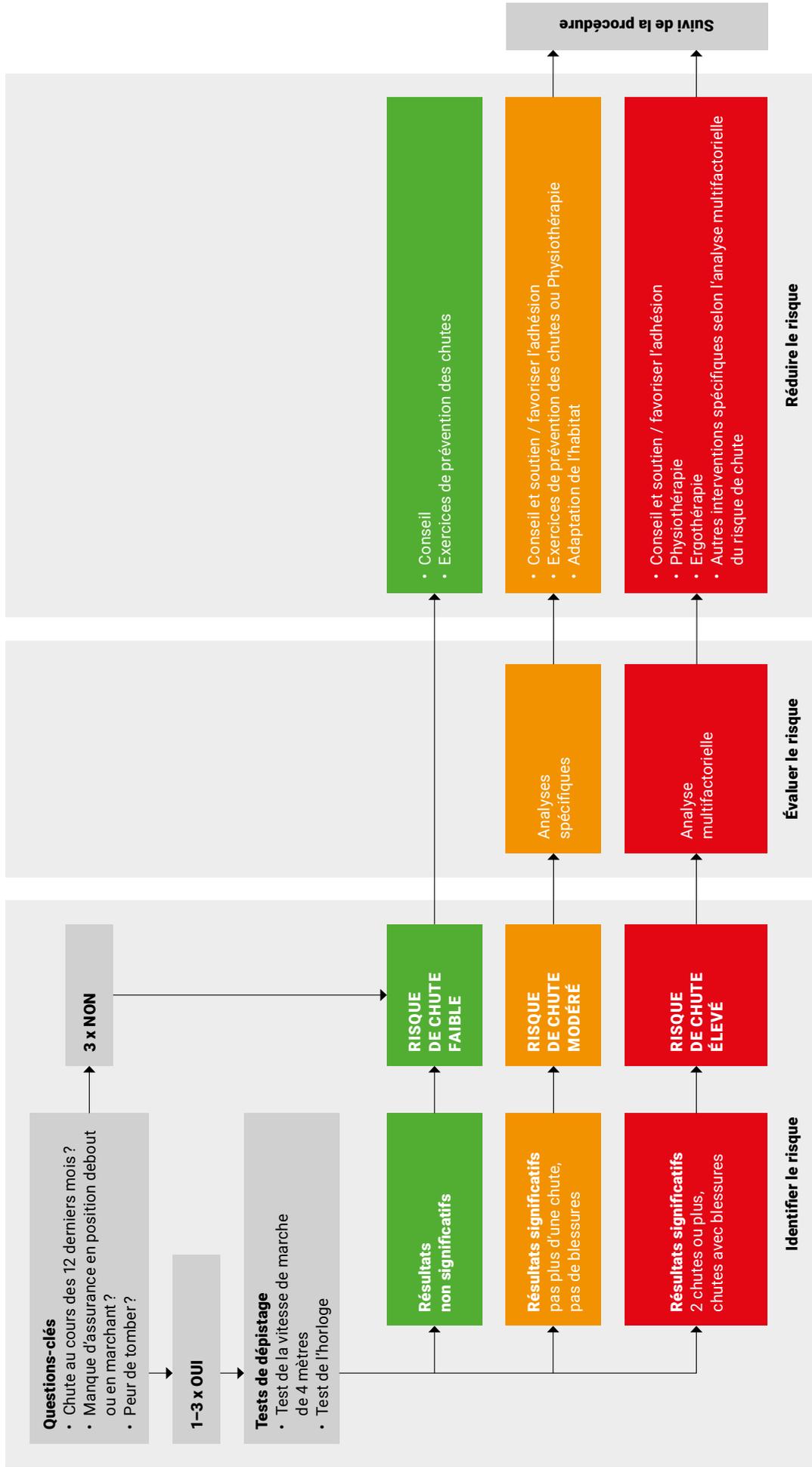


Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Table des matières

Aperçu de la procédure « Parachutes » pour les médecins	4
1. Questions de dépistage	5
1.1 Trois questions-clés	5
1.2 Questionnaire sur le risque de chute selon Rubenstein	5
2. Tests de dépistage	6
2.1 Test de la vitesse de marche de 4 mètres (TM-4)	6
2.2 Test de l'horloge	7
3. Classifications du risque de chute et procédure	8
4. Anamnèse de chute et des analyses spécifiques en cas de risque de chute modéré	9
5. Anamnèse de chute et des analyses multifactorielles en cas de risque de chute élevé	9
6. Ensemble d'interventions pour un risque de chute faible	11
7. Ensemble d'interventions pour un risque de chute modéré	12
8. Ensemble d'interventions pour un risque de chute élevé	13
9. Suivi de la procédure	15
10. Positions « Tarmed »	16
11. Autre littérature	17
Annexe 1: Questionnaire sur le risque de chute selon Rubenstein	18

Aperçu de la procédure « Parachutes » pour les médecins¹



¹ La procédure « Parachutes » est dérivée de : Centers for Disease Control and Prevention CDC (2017). Algorithm for Fall Risk Screening, Assessment, and Intervention. www.cdc.gov/steadi/pdf/STEADI-Algorithm-print.pdf

1. Questions de dépistage

1.1 Trois questions-clés

Les trois questions-clés (CDC 2017) sont posées au moins une fois par an aux personnes âgées de plus de 65 ans (AGS-BGS 2010³) ou bien en cas d'une suspicion clinique et anamnestique d'un risque de chute.

- **Avez-vous été victime d'une chute au cours des 12 derniers mois ?**
Si OUI : Combien de fois ? Vous êtes-vous blessé-e ?
- **Manquez-vous d'assurance en position debout ou en marchant ?**
- **Avez-vous peur de tomber ?**

Si les réponses aux trois questions-clés sont 1–3 x OUI, des tests de dépistage sont recommandés.

Recommandations :

Si les réponses aux questions-clés sont 3 x NON, les tests de dépistage suivants peuvent encore être utilisés. Cette situation est indiquée si le patient a répondu NON à la deuxième question, mais que l'on observe un manque d'assurance chez la personne lorsqu'elle se tient debout ou qu'elle marche (par exemple, en entrant dans le cabinet).

1.2 Questionnaire sur le risque de chute selon Rubenstein

Comme alternative aux trois questions-clés, le questionnaire de dépistage du risque de chute de Rubenstein et al. (2011⁴) selon CDC (2017⁵) est tout aussi adapté comme outil de dépistage.

Le questionnaire de Rubenstein et al. se trouve à [l'annexe 1](#).

2 CDC (2017). Algorithm for Fall Risk Screening, Assessment, and Intervention. www.cdc.gov/steady/pdf/STEDI-Algorithm-print.pdf

3 American Geriatrics Society, British Geriatrics Society (2010). Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons. *J Am Geriatr Soc.* 2011 Jan;59(1):148-57. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x.

4 Rubenstein et al., 2011: version adaptée avec l'accord des auteurs; dans: BPA (2020). Autonome jusqu'à un âge avancé – Habitat, entraînement et mobilité.

5 CDC (2017). Algorithm for Fall Risk Screening, Assessment, and Intervention.

2. Tests de dépistage

Si la réponse aux questions-clés est positive (1–3 x OUI), il est recommandé de procéder à un dépistage au moyen de tests cliniques. Les tests de dépistage doivent améliorer l'évaluation initiale du risque de chute sur la base des questions-clés et être simples et rapides à réaliser.

Les tests cliniques de choix sont le test de la vitesse de marche de 4 mètres et le test de l'horloge.

2.1 Test de la vitesse de marche de 4 mètres (TM-4)

Le test de la vitesse de marche de 4 mètres (TM-4) est dérivé de « Short Physical Performance Battery SPPB »
6, 7, 8, 9, 10, 11.

Préparation

- La distance de marche est de 4 mètres ; pour mesurer la vitesse moyenne, il faut prévoir environ 70 centimètres d'espace libre devant la ligne de départ et derrière la ligne d'arrivée pour accélérer et décélérer.
- Les aides à la marche sont autorisées.
- Un·e auxiliaire n'est pas autorisé·e.
- Instruction : « Marchez à votre vitesse de marche habituelle ».
- Chronométrage avec chronomètre.

Réalisation

- Deux tentatives sont faites, la plus rapide est comptabilisée.
- Commencez le chronométrage lorsque le premier pied franchit la ligne de départ.
- Arrêtez le chronométrage lorsque le premier pied a complètement franchi la ligne d'arrivée après 4 mètres.

Interprétation

- Test pathologique si le temps nécessaire pour marcher 4 mètres est de 4 secondes ou plus (≥ 4 s), ce qui correspond à une vitesse de marche de 1 mètre par seconde ou moins (≤ 100 cm/s).

6 Guralnik J. M. et al. (1994). A Short Physical Performance Battery Assessing Lower Extremity Function: Association With Self-Reported Disability and Prediction of Mortality and Nursing Home Admission. *Journal of Gerontology*, Volume 49, Issue 2, March 1994, Pages M85–M94, <https://doi.org/10.1093/geronj/49.2.M85>

7 Prost EL, Willis BW (2020). Geriatric Examination Tool Kit. Short Physical Performance Battery (SPPB). University of Missouri, School of Health Professions, Department of Physical Therapy. <https://geriatrictoolkit.missouri.edu/SPPB-Score-Tool.pdf> (Zugriff: 27.02.2020).

8 Nascimento Freire A. et al. (2012). Validity and Reliability of the Short Physical Performance Battery in Two Diverse Older Adult Populations in Quebec and Brazil. In: *J Aging Health*. 2012 Aug;24(5):863-78. doi: 10.1177/0898264312438551. Epub 2012 Mar 15. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22422762 (Zugriff: 05.02.2020)

9 Freiburger E. et al. (2012). Performance-based physical function in older community-dwelling persons: a systematic review of instruments. *Age and Ageing*, Volume 41, Issue 6, November 2012, Pages 712–721, <https://doi.org/10.1093/ageing/afs099>

10 UCSF Division of Geriatrics (2017). Short Physical Performance Battery (SPPB): A performance-based, three-part assessment to measure functional status and predict future functional decline. https://www.youtube.com/watch?v=N_rJOGhQqZ4 (Zugriff: 25.02.2020)

11 Österreichische Akademie der Ärzte GmbH (2010/11). Assessment der Mobilität und des Sturzrisikos in der Geriatrie. SPPB Short Physical Performance Battery. https://www.arztakademie.at/fileadmin/template/main/Geriatrie/Publikationen12-13/Chhatwal_AA.pdf (Zugriff: 24.02.2020).

2.2 Test de l'horloge

Le test de l'horloge est dérivé de « Montreal Cognitive Assessment MoCA »^{12, 13, 14}.

Préparation

- Crayons ou stylos, ainsi qu'une feuille de papier vierge.

Réalisation

- Instruction : « Dessinez une horloge avec tous les chiffres. Les aiguilles doivent indiquer 11h10 »

Interprétation

- Contour : le contour de l'horloge doit être circulaire avec uniquement une légère distorsion (par exemple, une légère imprécision dans la fermeture du cercle ; sinon, l'ensemble du test est pathologique.
- Les chiffres : Tous les chiffres de l'horloge doivent apparaître sans chiffres supplémentaires ; les chiffres doivent être dans le bon ordre et attribués aux quadrants appropriés de la montre ; les chiffres romains sont acceptés ; les chiffres peuvent également être placés à l'extérieur du cercle ; sinon, tout le test est pathologique.
- Aiguilles : Deux aiguilles doivent être dessinées pour indiquer l'heure exacte. L'aiguille des heures doit être nettement plus courte que celle des minutes, les aiguilles doivent être centrées près du centre de l'horloge ; sinon tout le test est pathologique.

Recommandations :

Les questions-clés et les tests de dépistage sont complétés par l'observation clinique du/de la patient-e qui se lève dans la salle d'attente et qui entre dans la salle de consultation en fonction du schéma de marche ; de la cadence des pas ; du soulèvement des pieds ; de l'utilisation des aides, etc.

12 Nasreddine Z.S. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. J Am Geriatr Soc. 2005 Apr;53(4):695-9.

12 www.mocatest.ch (accès: 24.02.2020)

12 Bartusch S.M., Zipper S.G. (2004). MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA). Deutsche Übersetzung. Version 7. Nov. 2004. www.sommerakademie.ch/archiv/01_MOCA-Test-German.pdf (accès: 24.02.2020).

3. Classification du risque de chute et procédure

- 3 x NON aux questions-clés. Résultats des tests de dépistage non significatifs.
 - > **Risque de chute faible.**
 - > Pas d'anamnèse/d'analyse de chute ; continuer avec l'ensemble d'interventions pour un risque de chute faible (voir chapitre 6).
- 1-3 x OUI aux questions-clés. Résultats des tests de dépistage non significatifs.
 - > **Risque de chute faible.**
 - > Pas d'anamnèse/d'analyse de chute ; continuer avec l'ensemble d'interventions pour un risque de chute faible (voir chapitre 6).
- 1-3 x OUI aux questions-clés. Résultats de 1-2 test(s) significatif(s). Pas plus d'une chute, pas de blessures.
 - > **Risque de chute modéré.**
 - > continuer avec l'anamnèse de chute et des analyses spécifiques (voir chapitre 4).
- 1-3 x OUI aux questions-clés. Résultats de 1-2 test(s) significatif(s). Deux chutes ou plus, chutes avec blessures.
 - > **Risque de chute élevé.**
 - > continuer avec l'anamnèse de chute et des analyses spécifiques (voir chapitre 5).

Recommandations :

Sur la base de l'expérience et l'observation cliniques, la classification du risque de chute peut être ajustée :

- 3 x NON pour les question-clés. Mais en raison de la démarche instable observable, il existe néanmoins une suspicion de risque accru de chute.
- 1-3 x OUI pour les questions-lés, avec par exemple une chute qui s'est produite lors d'activités sportives. Le risque de chute est cependant classé comme faible car l'évaluation du risque de chute est non significative.

Recommandations :

Si le risque de chute est faible, aucune anamnèse, analyse ou tests ne sont effectués ; on poursuit directement avec l'ensemble **d'interventions pour un risque de chute faible**.

4. Anamnèse de chute et analyses spécifiques en cas de risque de chute modéré

En cas de risque de chute modéré, une anamnèse de chute est réalisée et, si nécessaire, des **analyses spécifiques** concernant les risques de chute manifestes sont faites.

5. Anamnèse de chute et analyses multifactorielles en cas de risque de chute élevé

Si le risque de chute est élevé, une anamnèse est réalisée. S'ensuivent des **analyses multifactorielles** concernant les risques de chute individuels.

La liste de contrôle « *Analyse multifactorielle du risque de chute dans le cabinet médical* » (voir tableau 1) sert de guide pour les analyses et les mesures possibles – en fonction des suspicions cliniques et anamnestiques. L'objectif de la liste de contrôle n'est pas que les analyses et les mesures énumérées soient systématiquement mises en œuvre.

Tableau 1 : Analyse multifactorielle du risque de chute dans le cabinet médical (liste de contrôle)

Facteurs de risque	Analyses possibles dans la pratique médicale	Mesures possibles
Troubles de la marche, de l'équilibre ou de la force musculaire (sarcopénie)	État neurologique, analyse de la marche, tests fonctionnels (par exemple, TUG (Timed Up and Go))	Entraînement de l'équilibre et de la force, entraînement cognitivo-moteur, physiothérapie, ergothérapie, éventuellement diététique
Limitations fonctionnelles	Anamnèse	Physiothérapie, ergothérapie, si nécessaire aide à la marche (sous la supervision de la physiothérapie)
Peur de tomber	Questionnaire (Falls Efficacy Scale – International Version, FES-I)	Prendre des mesures pour réduire l'anxiété (y compris les approches de thérapie par l'exercice). Attention : anxiolytiques
Polymédication (psychotropes, antihypertenseurs)	Révision régulière de la prescription et de l'indication, (du risque d'effets secondaires, du dosage, des alternatives mieux tolérées)	Réduction et/ou arrêt ou remplacement par un médicament à moindre risque. Transmettre le plan de médication, Dosett®
Abus de substances (benzodiazépines, alcool)	Anamnèse, éventuellement tests de dépistage (alcool)	Passage à un médicament à moindre risque, réduction ou tentative de sevrage
Réduction de l'acuité visuelle	Test d'acuité visuelle/examen ophtalmologique approfondi	Traitement du glaucome, chirurgie de la cataracte, lunettes unifocales
Perte auditive	Tests auditifs/examen ORL approfondi	Aides auditives
Cognition	Évaluation cognitive : Mini Mental State Examination MMSE + test de l'horloge ou Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	Traitement de la démence, si nécessaire
Maladie neurologique	Statut neurologique	Évaluation neuropsychologique, éventuellement aides à la marche
Risque d'ostéoporose	Antécédents médicaux familiaux et personnels, antécédents nutritionnels, diagnostics (densitométrie, score FRAX)	Traitement de l'ostéoporose, envisager l'administration de calcium et de vitamine D
Orthostatisme, arythmie ou bloc AV de grade supérieur	Tension artérielle, test de Schellong, ECG, Holter ECG	Traitement antiarythmique ciblé (médicaments, stimulateur cardiaque), antihypertenseurs à faible dose et ajustement à la hausse des valeurs cibles
Incontinence	Status urinaire, détermination de l'urine résiduelle, évaluation urologique-gynécologique	En cas d'infection, une antibiothérapie ciblée Pour l'incontinence : pessaire. Mise en garde : Anticholinergiques
Risques de trébuchement à la maison	Liste de contrôle de l'habitat ¹⁵ , évaluation par les proches, ergothérapie	Élimination des obstacles, visite à domicile
Pieds et chaussures	Examen clinique	Orthopédiste, utilisation de chaussures qui épousent la cheville pour la polyneuropathie
Aide à la marche	Vérification de l'indication, du choix et de l'utilisation corrects de l'aide à la marche	Instruction et exercice sous la surveillance physiothérapeutique

¹⁵ Dans : BPA – Bureau de prévention des accidents (2020). Autonome jusqu'à un âge avancé – Habitat, entraînement et mobilité. Voir : www.bfu.ch/fr/recherche?q=3.159

6. Ensemble d'interventions pour un risque de chute faible

Conseil

- Orienter le conseil vers le/la patient-e (les mots-clés pour l'orientation sont : stimulation, auto-activité, pleine conscience, responsabilité partagée, implication des proches/soignants).
- Donner des conseils sur un mode de vie sain. En plus des exercices de prévention des chutes (voir ci-dessous), recommander une alimentation riche en protéines. Éliminer les obstacles qui pourraient faire tomber ou trébucher.
- Distribuer la brochure « *Autonome jusqu'à un âge avancé – Habitat, entraînement et mobilité* » du BPA – Bureau de prévention des accidents¹⁶.

Exercices de prévention des chutes

Recommander des offres locales d'exercices de prévention des chutes qui favorisent l'équilibre, la force et l'assurance en marchant (FitGym, Danse, TaiChi, etc.).

- Recommander notamment : Pro Senectute, la Ligue contre le rhumatisme, clubs de gymnastique, centres d'entraînement.
- Rechercher des offres à proximité : par exemple sur www.equilibre-en-marche.ch (y compris des informations sur l'entraînement à la maison).

Recommandation :

Le « *National Institute for Health and Care Excellence* » (2019)¹⁷ recommande de ne pas appliquer les interventions préconisées pour les trois niveaux du risque de chute comme des interventions à choix, mais comme des ensembles globaux d'interventions.

Recommandation :

Actuellement, la substitution en vitamine D est recommandée par l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires¹⁸. Cependant, des études récentes^{19,20} ne montrent aucun effet significatif.

¹⁶ [télécharger et commander](#)

¹⁷ National Institute for Health and Care Excellence – NICE (2019). Appendix A: Summary of evidence from surveillance of falls in older people: assessing risk and prevention (2013). NICE guideline CG161. Summary of evidence from surveillance.

¹⁸ Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires OSAV (2017). Recommandations concernant la vitamine D.

¹⁹ Bischoff-Ferrari H.A. et al. (2020). Effect of Vitamin D Supplementation, Omega-3 Fatty Acid Supplementation, or a Strength-Training Exercise Program on Clinical Outcomes in Older Adults. The DO-HEALTH Randomized Clinical Trial. *Journal of the American Medical Association* 2020;324(18):1855-1868. doi:10.1001/jama.2020.16909

²⁰ Apple L.J. et al (2020). The Effects of Four Doses of Vitamin D Supplements on Falls in Older Adults. A Response-Adaptive, Randomized Clinical Trial. *Annals of Internal Medicine* doi:10.7326/M20-3812

7. Ensemble d'interventions pour un risque de chute modéré

Conseil et soutien

- Orienter le conseil vers le/la patient-e (les mots-clés pour l'orientation sont : stimulation, auto-activité, pleine conscience, responsabilité partagée, implication des proches/soignants).
- Donner des conseils sur un mode de vie sain. En plus des exercices de prévention des chutes (voir ci-dessous), recommander une alimentation riche en protéines (éventuellement prévoir des conseils en matière de nutrition).
- Distribuer la brochure « *Autonome jusqu'à un âge avancé – Habitat, entraînement et mobilité* » du BPA – Bureau de prévention des accidents²¹.
- Aborder la prévention des chutes à plusieurs reprises.

Recommandations :

La recherche sur la mise en œuvre le montre : l'adhésion est absolument cruciale pour le succès du traitement. Les patient-es doivent donc être bien soutenues et accompagnés-es dans la mise en œuvre des interventions convenues.

Exercices de prévention des chutes ou Physiothérapie

En fonction du tableau clinique, on peut opter pour un entraînement à la prévention des chutes ou à la mobilité par la physiothérapie :

- Recommander des offres locales d'exercices de prévention des chutes qui favorisent l'équilibre, la force et l'assurance en marchant (FitGym, Danse, TaiChi, etc.).
 - Recommander notamment : Pro Senectute, la Ligue contre le rhumatisme, clubs de gymnastique, centres d'entraînement.
 - Rechercher des offres à proximité : par exemple sur www.equilibre-en-marche.ch (y compris des informations sur l'entraînement à la maison).
- Dans le cas d'une prescription de physiothérapie, une réévaluation est recommandée après un maximum de 2 séries avec un rapport au médecin et, sur cette base, une réévaluation de la situation.

Adaptation de l'habitat

L'adaptation de l'habitat a pour but de réduire les risques dans l'environnement de vie. Elle est effectuée de préférence par les proches/aidants ou, si nécessaire, par un spécialiste tel que le personnel de l'Aide et Soins à domicile (ou un-e ergothérapeute : voir l'ensemble d'intervention pour un risque de chute élevé); voir la liste de contrôle dans la brochure « *Autonome jusqu'à un âge avancé – Habitat, entraînement et mobilité* » du BPA – Bureau de prévention des accidents²².

²¹ voir : [télécharger et commander](#)

²² voir : [télécharger et commander](#)

8. Ensemble d'interventions pour un risque de chute élevé

Conseil et soutien

- Orienter le conseil vers le/la patient-e (les mots-clés pour l'orientation sont : stimulation, auto-activité, pleine conscience, responsabilité partagée, implication des proches/soignants).
- Donner des conseils sur un mode de vie sain. En plus des exercices de prévention des chutes (voir ci-dessous), recommander une alimentation riche en protéines (éventuellement prévoir des conseils en matière de nutrition).
- Distribuer la brochure « *Autonome jusqu'à un âge avancé – Habitat, entraînement et mobilité* » du BPA – Bureau de prévention des accidents²³.
- Aborder la prévention des chutes à plusieurs reprises.

Recommandations :

La recherche sur la mise en œuvre le montre : l'adhésion est absolument cruciale pour le succès du traitement. Les patient-es doivent donc être bien soutenu-es et accompagné-es dans la mise en œuvre des interventions convenues.

Physiothérapie

En règle générale, en cas de risque élevé, les exercices de prévention des chutes (cours, centres d'entraînement, etc.) ne sont pas suffisants. Une physiothérapie est alors indiquée, qui est prescrite par le médecin.

Le tableau 2 illustre les priorités physiothérapeutiques et ergothérapeutiques dans la prévention des chutes. Il permet de décider si la physiothérapie, l'ergothérapie ou les deux sont indiquées comme mesures.

Ergothérapie

Une analyse/adaptation professionnelle de l'habitat et l'entraînement des capacités fonctionnelles doivent être envisagés et prescrits si nécessaire.

Recommandations :

Pour que la physiothérapie et/ou l'ergothérapie prescrites soient ciblées, il est important d'énumérer tous les diagnostics pertinents sur le formulaire de prescription.

Autres interventions spécifiques selon l'analyse multifactorielle du risque de chute

Selon l'analyse multifactorielle du risque de chute, d'autres interventions sont effectuées (voir tableau 1) si nécessaire et en fonction du profil de risque individuel.

²³ voir : [télécharger et commander](#)

Tableau 2 : La physiothérapie et l'ergothérapie : priorités dans la prévention des chutes

Physiothérapie

Préservation et amélioration de la fonction, de l'activité et de la mobilité dans la vie quotidienne (notamment amélioration de la fonction musculaire et de la proprioception/coordination).

Priorités dans la prévention des chutes :

- Analyses et entraînement des capacités motrices, de l'équilibre, de la force et de la mobilité.
- Formation à la mobilité
- Utilisation d'aides pour favoriser la mobilité
- Traitement des vertiges
- Entraînement cognitivo-moteur

Buts du traitement

(selon la Prescription de Physiothérapie) :

- Amélioration de la fonction musculaire
- Proprioception/coordination
- Autre: « Amélioration de l'équilibre » ; « amélioration des capacités cognitives et motrices ».

Diagnostics :

- Nommer tous les diagnostics pertinents dans la prescription afin que la thérapie puisse être spécifiquement ciblée

Ergothérapie

Maintien et amélioration de la sécurité, de l'indépendance et de la participation aux activités de la vie quotidienne

Priorités dans la prévention des chutes :

- Evaluations de la performance occupationnelle
- Entraînement des capacités fonctionnelles, des stratégies compensatoires et de la gestion des tâches domestiques
- Evaluation et adaptation du lieu de vie
- Mise en place de moyens auxiliaires et entraînement à leur utilisation

Objectif du traitement

(selon l'Ordonnance pour l'ergothérapie) :

- Améliorer ou maintenir les fonctions physiques en tant que contribution à l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne

Diagnostics :

- Nommer tous les diagnostics pertinents dans le formulaire de prescription afin que la thérapie puisse être spécifiquement ciblée

Priorités communes :

- Identifier le risque de chute
- Gérer la peur de tomber
- Programmes d'exercices à domicile
- Fournir des informations et des instructions aux proches aidant

9. Suivi de la procédure

- Prévoir un suivi après 30 à 90 jours au plus tard²⁴.
- Aider les patients à respecter le plan de traitement convenu (favoriser l'adhésion).
- Partager l'information avec l'équipe interprofessionnelle.

Recommandations :

Pour que la prévention des chutes soit bien coordonnée et efficace, l'échange interprofessionnel avec les organisations d'aide et de soins à domicile, les physiothérapeutes, les ergothérapeute et d'autres spécialistes est d'une importance capitale à toutes les étapes.

²⁴ vgl. Centers for Disease Control and Prevention CDC (2019). Algorithm for Fall Risk Screening, Assessment, and Intervention.

10. Positions « Tarmed »

Les positions « Tarmed » suivantes peuvent être appliquées – en fonction du champ d'application et des examens et consultations effectués – selon la FMH :

- Consultation 00.0010 et suivantes.
- Consultation spécifique par un spécialiste de soins primaires par 5 minutes (00.0510 et suivantes).
- Petit examen par un spécialiste de premier recours par 5 minutes (00.0415 et suivantes).
- Examen complet par un spécialiste de premier recours par 5 minutes (00.0425).

Le test de la vitesse de marche de 4 mètres et le test de l'horloge ne justifient à eux seuls ni la position « Tarmed » du petit examen ni celle de l'examen complet. Toutefois, ils peuvent faire partie de ces positions si d'autres examens sont effectués au cours de la même consultation.

Toute prestation supplémentaire effectuée au cours de l'examen complet doit être consignée dans le dossier du/de la patient.e.

11. Autre littérature

Voici une sélection de la littérature importante pour une prévention des chutes chez les personnes âgées.

- American Geriatrics Society, British Geriatrics Society (2010). Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons. *J Am Geriatr Soc.* 2011 Jan;59(1):148-57. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x.
- Bureau de prévention des accidents BPA (2020). Status 2020 : Statistique des accidents non professionnels et du niveau de sécurité en Suisse. Berne : BPA.
- Centers for Disease Control and Prevention CDC (2017). Algorithm for Fall Risk Screening, Assessment, and Intervention.
- Centers for Disease Control and Prevention CDC (2019). Algorithm for Fall Risk Screening, Assessment, and Intervention.
- Gillespie LD et al. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 9. Art. No.: CD007146. DOI: 10.1002/14651858.CD007146.pub3.
- Gschwind Y.J., Wolf I., Bridenbaugh S.A., Kressig R.W. (2011). Basis for a Swiss perspective on fall prevention in vulnerable older people. DOI: <https://doi.org/10.4414/smw.2011.13305>. *Swiss Med Wkly.* 2011;141:w13305.
- Gschwind Y.J., Wolf I., Bridenbaugh S.A., Kressig R.W. (2011). Sturzprävention. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter». Best Practice-Studie zu «Via – Gesundheitsförderung im Alter». Universitätsspital Basel: Akutgeriatrie.
- Münzer T., Gnädiger M. (2014). Evaluation du risque de chute et prévention des chutes au cabinet du médecin de famille. *Forum Med Suisse* 2014;14(46):857-861.
- National Institute for Health and Care Excellence NICE (2019). Appendix A: Summary of evidence from surveillance. 2019 surveillance of falls in older people: assessing risk and prevention (2013) NICE guideline CG161. Summary of evidence from surveillance.
- Organisation mondiale de la Santé OMS (2016). Rapport mondial sur le vieillissement et la santé.
- World Health Organization WHO (2007). WHO Global Report in Falls Prevention in Older Age.

Annexe 1: Questionnaire sur le risque de chute selon Rubenstein

Le questionnaire suivant pour vérifier les risques de chute selon Rubenstein et al. se trouve dans la brochure « Autonome jusqu'à un âge avancé – Habitat, entraînement et mobilité » du BPA – Bureau de prévention des accidents²⁵. Selon le CDC (2017)²⁶, le questionnaire équivaut aux trois questions-clés du CDC (voir chapitre 1.1.).

Questionnaire selon Rubenstein et al. (2011²⁷):

Évaluez votre risque de chute

J'ai été victime d'une chute au cours des 12 derniers mois.	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
On m'a recommandé d'utiliser une canne ou un déambulateur pour me déplacer en sécurité, ou j'utilise déjà une canne ou un déambulateur.	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Je me sens quelquefois peu sûr lorsque je marche.	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Lorsque je me déplace chez moi, je me tiens aux meubles.	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
J'ai peur des chutes.	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Pour me lever d'une chaise, je dois m'aider de mes mains.	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
J'ai de la peine avec les marches (par ex., passer de la chaussée au trottoir).	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Je dois souvent accélérer le pas pour aller aux toilettes.	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Mes pieds ont perdu de leur sensibilité.	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Je prends des médicaments qui me rendent parfois fatigué ou qui me donnent le vertige.	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Je prends des médicaments pour mieux dormir ou pour améliorer mon moral.	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Je me sens souvent triste et déprimé.	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Total		

Source: Rubenstein et al., 2011: version adaptée avec l'accord des auteurs

Faites maintenant le total de vos points.

4 points ou plus : Vous avez potentiellement un risque de chute. Nous vous recommandons d'en parler à votre médecin ou à un autre spécialiste (par ex., le service d'aide et de soins à domicile).

25 voir : [télécharger et commander](#)

26 CDC (2017). Algorithm for Fall Risk Screening, Assessment, and Intervention. www.cdc.gov/steady/pdf/STEADI-Algorithm-print.pdf

27 Rubenstein et al., 2011: version adaptée avec l'accord des auteurs; dans: BPA (2020). Autonome jusqu'à un âge avancé – Habitat, entraînement et mobilité. Voir : [télécharger et commander](#)