

La chute chez la personne âgée



**Assemblée Générale
Fédération Fribourgeoise des Retraités - Section Sarine
le 8 avril 2026**

Adrien Bussard, médecin associé
Service d'orthopédie du HFR Fribourg
Spécialiste FMH médecine interne générale & gériatrie



Alter Mann aus Holz, Frutigen BE

Plan de la présentation

- Epidémiologie
- Type de chute
- Séquence de chute
- Causes/Facteurs de risque
- Un exemple (cas clinique)
- Bilan de chute (trauma crânien et cervical, fractures), bilan «mobilité»
- Fractures de hanche, types et traitement
- Ortho-gériatrie, itinéraire clinique et organisation, syndromes gériatriques
- La suite?
- Prévention des chutes
- Traitement de l'ostéoporose

Population suisse (chutes des seniors)

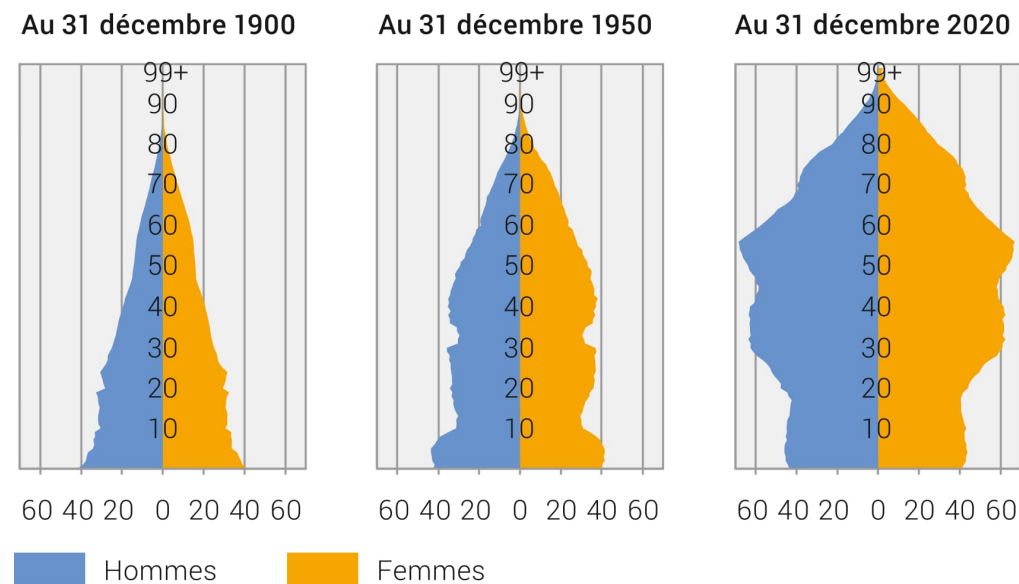


- La population suisse a un peu plus de 9 millions d'habitants.
- Environ 20% de la population a 65 ans ou plus, soit environ 2.4 millions de personnes.
- La part des 80 ans et plus est en augmentation.
- Selon la communication du 20.08.2024 de la BPA (bureau de prévention des accidents):
 - 1600 personnes âgées décèdent d'une chute chaque année.
 - 7100 seniors se blessent grièvement.

Population suisse en fonction de l'âge (OFS, 2021)

Pyramide des âges selon le sexe

Nombre de personnes en milliers



Sources: OFS – RFP, STATPOP

© OFS 2021

Epidémiologie (chute): situation en Suisse

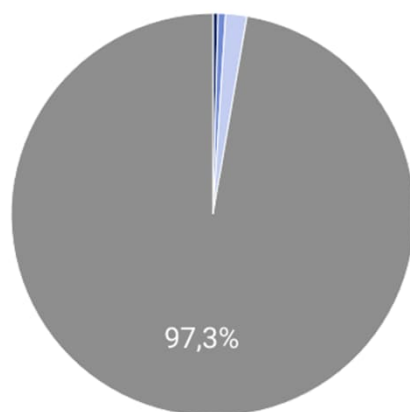
- Selon les chiffres de l'OFSP (office fédéral santé publique) de 2022:
 - au moins une chute sur 1 année, chez les personnes âgées vivant en ménage privé:
 - 22.6% chez les 65-79 ans
 - 28.7% chez les ≥ 80 ans
 - Incapacité à se déplacer, ou que quelques pas, chez les personnes vivant en ménage privé:
 - 1.0% chez les 65-79 ans
 - 6.6% chez les ≥ 80 ans

Evolution par tranches d'âge (CH, 2022)

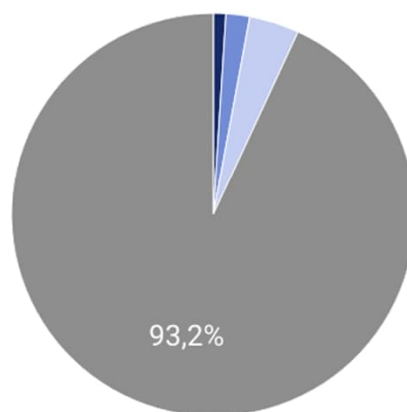
Restriction de locomotion, en 2022

Population de 65 ans et plus vivant en ménage privé

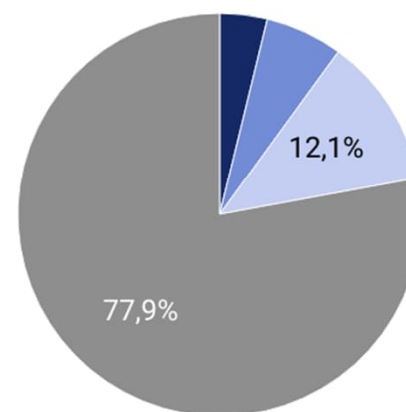
■ Ne peut pas se déplacer ■ Seulement quelques pas
■ Plus de quelques pas, mais moins de 200 mètres ■ 200 mètres ou plus



65-74 ans



75-84 ans



85+ ans

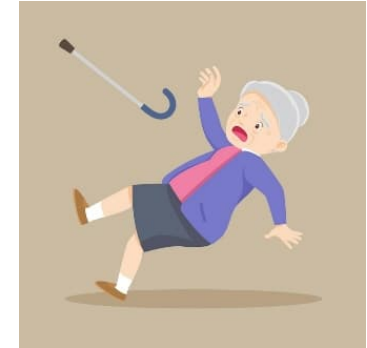
État des données: 09.02.2024
Source: OFS – Enquête suisse sur la santé

gr-f-14.03.09-gehv
© OFS 2024

Chute ou syncope?

- Question très importante à se poser après une chute.
- La syncope est due à une **perte de connaissance** qui provoque secondairement la chute.
- Causes (syncope) à rechercher:
 - Trouble du rythme cardiaque (ECG, ECG long, avis cardiologique)
 - Atteinte ischémique cardiaque (Exemple: infarctus cardiaque)
 - Trouble valvulaire cardiaque (souffle à l'auscultation, échocardiographie)
 - Sténose des vaisseaux pré-cérébraux (ultrason vaisseaux du cou)
 - Recherche d'AVC (scanner/IRM cérébraux)
 - Hypotension orthostatique (test de Schellong ou post-prandiale)
 - Syncope vagale (diagnostic d'exclusion).

Séquence de la chute



- 1) Patient(e) debout -> Syncope ou non
 - 2) Chute -> Le pied heurte une marche (exemple)
 - 3) Patient(e) au sol -> Risque de lésions musculaires et rénale
 - 4) Conséquence(s) de la chute -> Fracture, trauma crânien
-
- La **gravité de la chute** dépend selon moi:
 - 1. du mécanisme de la chute (notion de traumatisme à basse ou haute énergie, zones du corps touchées, zones de contact notamment)
 - 2. de la personne qui chute (état de forme OU degré de fragilité, âge)
 - 3. arrivée de l'aide plus ou moins rapide

Pourquoi y a-t-il autant de chutes?

- Elle est souvent d'origine **multifactorielle** (= plusieurs causes qui mises ensemble provoquent la chute).
- L'état de forme est important. On parle maintenant de **fragilité**.
- L'état musculaire spécifiquement est aussi important. On parle de **sarcopénie**.
- Cela fait aussi intervenir l'état nutritionnel.
- L'état psychologique et cognitif est également important.
- Avec l'âge, il y a plus de risque que ces différents états se péjorent.

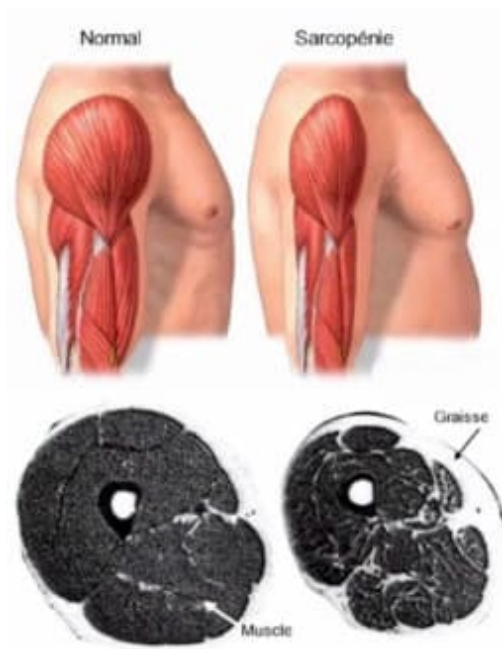
	1	Très bonne condition physique Les personnes de cette catégorie sont robustes, actives, pleines d'énergie et motivées. Elles s'entraînent régulièrement et présentent la meilleure forme dans leur tranche d'âge.
	2	Moyennement actif Les personnes de cette catégorie ne présentent aucun symptôme pathologique actif , mais ne sont pas en aussi bonne forme que les personnes de la catégorie 1. Elles sont moyennement actives ou temporairement très actives , p. ex. de manière saisonnière.
	3	Se débrouille bien Les symptômes pathologiques de ce groupe de personnes sont bien contrôlés, mais, en dehors de la marche dans le cadre d'activités quotidiennes, elles ne bougent pas régulièrement .
	4	Vulnérable Même si elles ne dépendent pas d'aides externes au quotidien , les personnes de cette catégorie sont souvent limitées dans leurs activités en raison de leurs symptômes pathologiques . Elles se plaignent fréquemment de fatigue diurne et/ou rapportent que les activités quotidiennes prennent plus de temps.
	5	Faiblement fragile Les personnes de cette catégorie sont manifestement ralenties dans leurs activités et ont besoin d'aide lors d'activités exigeantes telles que les affaires financières, le transport, les tâches ménagères lourdes et la gestion des médicaments.
	6	Moyennement fragile Les personnes de cette catégorie ont besoin d'aide pour toutes les activités extra-ménagères et la gestion financière . A la maison, elles ont souvent des difficultés avec les escaliers et nécessitent éventuellement d'être guidées ou légèrement assistées pour s'habiller.
	7	Très fragile En raison de handicaps physiques ou cognitifs, les personnes de cette catégorie dépendent complètement d'une aide externe pour les soins corporels. Leur santé est toutefois stable . La probabilité de décès dans les 6 prochains mois est faible.
	8	Extrêmement fragile Dépendant complètement d'une assistance et se rapprochant de la fin de vie . Les personnes de cette catégorie se rétablissent rarement de maladies légères.
	9	Malade en phase terminale Personnes de cette catégorie ont une espérance de vie <6 mois . La catégorie se réfère à des personnes qui ne présentent autrement aucun signe de fragilité .

Clinical Frailty Scale selon Rockwood
= score de fragilité, de 1 à 9

1= très fit

9= très fragile

La **fragilité** est un état de vulnérabilité réversible, souvent lié au vieillissement, où la personne âgée perd ses réserves physiologiques, la rendant plus vulnérable aux chutes, maladies et à la dépendance.

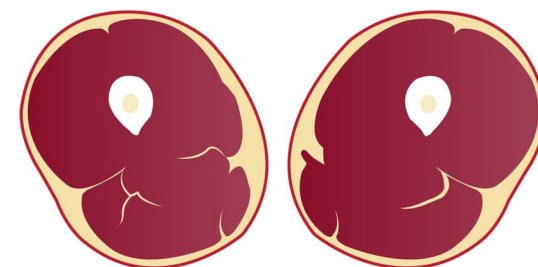


Yvan Campbell, Québec, 2016

Sarcopénie

La sarcopénie se définit comme une baisse progressive et généralisée de la masse musculaire, de la force et de la performance physique pour des patients en âge gériatrique.
(Revue médicale suisse, 2011)

Sarcopénie



Muscles à 40 ans



Muscles à 70 ans

Journal des Femmes, 2023

Les facteurs de risque (de chute)/1

- 3 types:
- *Facteurs de risque intrinsèques*
 - *Problème orthopédique/traumatologique*
 - *Problème neurologique (état après AVC, Parkinson, sclérose en plaques, etc)*
 - *Problème cardiovasculaire*
 - *Troubles cognitifs (légers, Alzheimer, autres troubles neurocognitifs majeurs)*
 - *Dépression*
 - *Trouble visuel*
 - *Incontinence urinaire*
 - *Peur de chuter*
 - *Déconditionnement*
 - *Artériopathie des membres inférieurs*
- Facteurs de risque extrinsèques
- Facteurs de risque environnementaux

Facteurs de risque (de chute)/2

- Facteurs de risque intrinsèques
- *Facteurs de risque extrinsèques*
 - *Polymédication (≥ 5 médicaments dans la liste de médicaments)*
 - *Médicaments psychotropes*
 - *Médicaments anti-hypertenseurs, diurétiques*
 - *Intoxication ou sevrage alcoolique*
 - *Intoxication ou sevrage aux benzodiazépines*
 - *Moyens auxiliaires ou chaussures inadaptées (Evaluation gériatrique globale, Felix & al, 2014)*
- Facteurs de risque environnementaux

Facteurs de risque (de chute)/3

- Facteurs de risque intrinsèques
- Facteurs de risque extrinsèques
- *Facteurs de risque environnementaux*
 - *Eclairage*
 - *Tapis, seuils, encombrement, configuration (= barrières architecturales)*
 - *Salle de bain et aménagements*
 - *Sol gelé*
 - *Sol glissant*
 - + *Facteurs de risque situationnels: Activités à risque* (Rochat & al, Revue médicale suisse, 2008)



Cause de la chute: le plus souvent multifactorielle-> un exemple (1/3)

- **Cas clinique:**

- Femme de 86 ans, avec des lunettes pour myopie, connue pour bronchite chronique (poumon du fumeur) et connue pour infarctus cardiaque il y a 20 ans
- Traitement antihypertenseur (2 tablettes/j, dont un diurétique), antidépresseur depuis 5 ans à la suite du décès d'un proche
- Elle s'est accroché le pied à un tapis chez elle pendant la nuit, en allant aux WC



SilverEco, sept. 2016

Cause de la chute: souvent multifactorielle (2/3)

- Facteurs de risque de chute dans le cas clinique:
 - Problème visuel
 - Maladie pulmonaire
 - Maladie cardiovasculaire
 - Dépression
 - Médicaments antihypertenseurs
 - Médicament diurétique (chute en allant aux WC)
 - Médicament psychotrope (antidépresseur)
 - Tapis comme barrière architecturale
 - Eclairage (chute durant la nuit)
 - Déconditionnement possible
 - Moyen auxiliaire (présent ou pas?)

Prise en charge (= traitements) du cas clinique (3/3)

- Problème visuel -> avis ophtalmologique, adaptation de lunettes
- Maladie pulmonaire -> imagerie pulmonaire, +/- antibiotiques, diurétiques, avis
- Maladie cardiovasculaire -> échocardiographie, diurétiques, intervention sur valve
- Dépression -> antidépresseur, avis psychiatrique
- Médicaments antihypertenseurs -> STOP, réduction
- Médicament diurétique (chute en allant aux WC)-> STOP, réduction ou augmentation
- Médicament psychotrope (antidépresseur) -> sevrage, changement de traitement
- Tapis comme barrière architecturale -> enlever le tapis ou coller les bords du tapis, ergo
- Eclairage (chute durant la nuit) -> enclencher la lumière la nuit, lumière automatique
- Déconditionnement possible -> physiothérapie, sport, téléalarme
- Moyen auxiliaire (présent ou pas?) -> adaptation du moyen auxiliaire (physio/ergo)

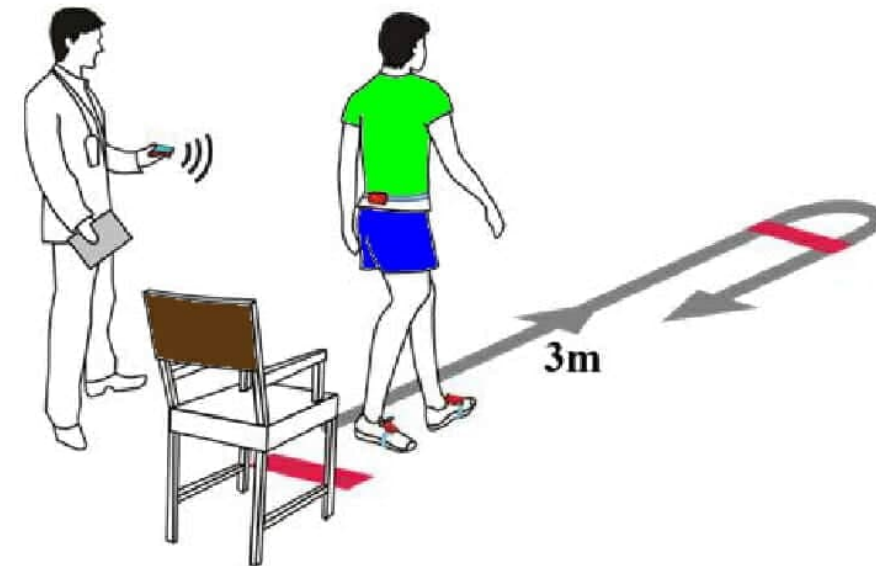
Bilan «mobilité» par les physiothérapeutes

- Vitesse de marche (1 m/sec -> ok, <0,6 m/sec = marche à risque)
- TUG = «timed up and go» (>14 sec = risque de chute)
- MIF moteur

MIF = mesure d'indépendance fonctionnelle

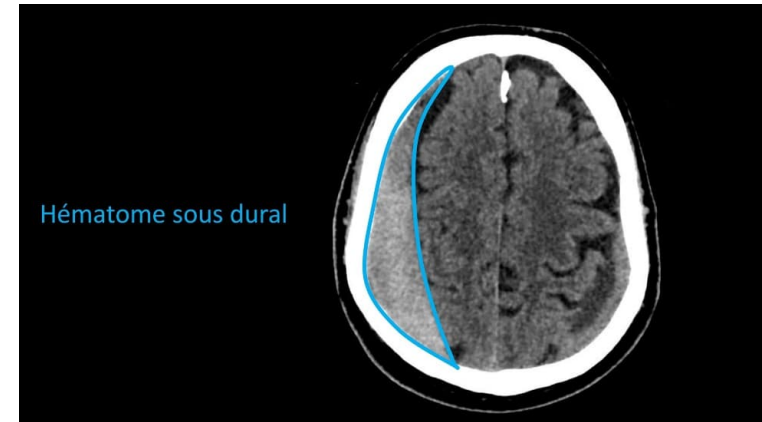
7 – Indépendance Totale	Dépendance Modifiée	Sans aide
6 – Indépendance Modifiée		
5 – Supervision ou installation		
4 – Assistance Légère		
3 – Assistance Modérée	Dépendance Totale	Avec aide
2 – Assistance Importante		
1 – Assistance Totale		

Soins personnels	Entrée	But	Sortie	Suivi
1. Alimentation				
2. Soins de l'apparence				
3. Toilette				
4. Habillage partie supérieure				
5. Habillage partie inférieure				
6. Utilisation des toilettes				
Sphincters	Entrée	But	Sortie	Suivi
7. Vessie				
8. Intestins				
Mobilité	Entrée	But	Sortie	Suivi
9. Lit, chaise, fauteuil roulant				
10. WC				
11. Bain Douche				
Locomotion	Entrée	But	Sortie	Suivi
12. Marche/Fauteuil roulant				
13. Escaliers				
Communication	Entrée	But	Sortie	Suivi
14. Compréhension				
15. Expression				



Chute: bilan des conséquences

Traumatisme crânien et cervical



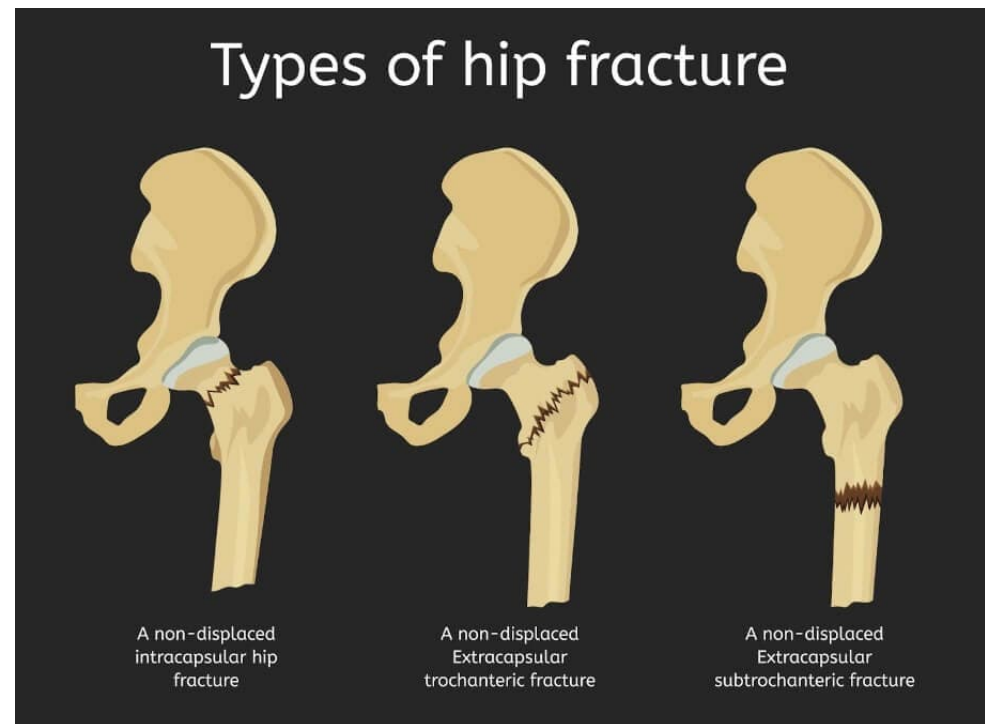
- Contact de la tête avec le sol ou autre chose?
 - Modification de l'état du patient, par exemple moins réveillable, agité ou avec de nouveaux déficits neurologiques (peine à bouger un bras)?
 - Le patient prend un anticoagulant ou de l'Aspirine?
 - Irrégularité à la palpation de la colonne cervicale?
- > On demande un scanner du cerveau et de la nuque
- > 2 questions: saignement dans le cerveau? Fracture?

Chute: bilan des conséquences

Fractures

- Anamnèse-examen clinique (médecin des urgences, orthopédiste)
- Radiographie, scanner au besoin des articulations et os traumatisés
- Traitement antalgique (contre la douleur), aide de l'anesthésiste parfois
- Fractures les plus fréquentes chez les seniors:
 - hanche (col du fémur, per-trochantérienne)
 - Vertèbres
 - poignet (radius distal)
 - épaule (humérus proximal)
- Il s'agit de fractures ostéoporotiques.
- Opération chirurgicale ou traitement conservateur des lésions découvertes.

Fractures de hanche: types



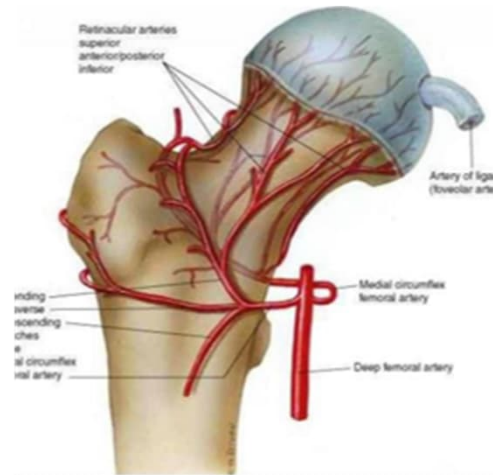
*Hip & Knee Orthopaedics,
October 2024*

1. Fracture du col du fémur
2. Fracture per-trochantérienne
3. Fracture sous-trochantérienne

Traitement (chirurgical)

- Fracture du col du fémur gauche
-> prothèse cervicale

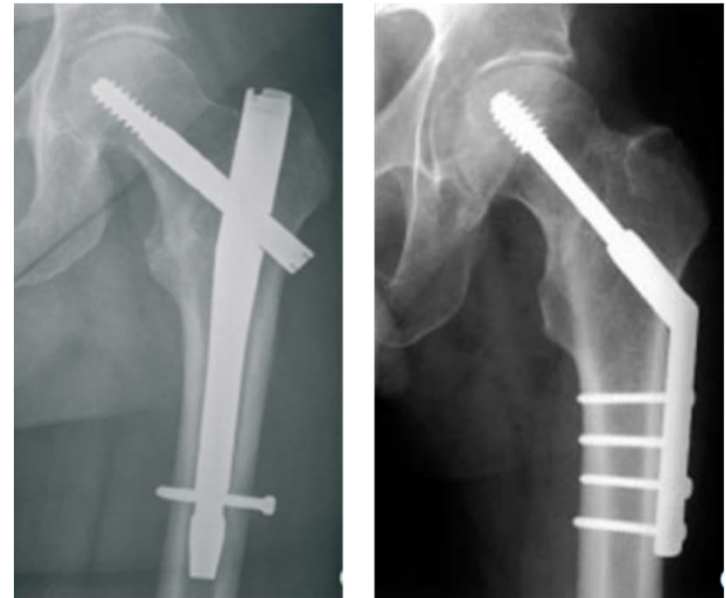
(photo: groupe hospitalier DCSS, Paris)



Traitement (chirurgical)

- **Fracture per-trochantérienne gauche**
 - > clou gamma (gauche)
 - > plaque-DHS (droite)

(photo: groupe hospitalier DCSS, Paris)



Itinéraire clinique du patient ortho-ger (ORGE)



- **Chute** -> douleur/impotence fonctionnelle -> ambulance
- Urgences -> **diagnostic de fracture**, ≥ 65 ans -> avis orthopédiste et anesthésiste -> **filière gériatrique de la hanche**
- Salle de réveil -> **bloc fémoral** par anesthésiste
- Etage F (ortho-gériatrie et orthopédie) -> attente de l'opération
- Bloc opératoire -> **intervention chirurgicale** (<48h après admission)
- Etage F -> début réadaptation gériatrique aiguë **ORGE** à J1 post-op, durée de 7 jours

Orthogériatrie (=ORGE): aspects gériatriques

- Aspects orthopédiques: **opération rapide** (<24-48h) et suivi post-op.
- Critères CHOP GERA (93.89.9): patients gériatriques (>65 ans), indication à séjour aigu (fractures sévères), ≥ 3 syndromes gériatriques
- But: **retrouver l'état fonctionnel d'avant l'hospitalisation**
- Moyens: **reprise rapide de la mobilisation** (à J1 en général), training AVQ par équipe infirmière, thérapies 2x/j 5j/7 (physio/ergothérapie/nutrition), infirmier de liaison (suivi social), gériatre, colloques 2x/semaine

9 syndromes gériatriques ->

3 nécessaires à la réadaptation gériatrique aiguë

- Trouble de la marche et de l'équilibre, chute
- Troubles cognitifs
- Trouble dépressif ou anxiété
- Malnutrition, sarcopénie
- Polymédication (≥ 5 médicaments), problème de compliance
- Trouble de la vue et de l'audition
- Incontinence urinaire ou anale
- Douleurs chroniques
- Problème social

Activités de la vie quotidienne: **autonomie**?

AVQ de base



Dessin: Heyme - Lutecea

AIVQ (activités instrumentales)

- Faire les commissions
- Préparer les repas
- Faire le ménage
- Faire la lessive
- Utiliser les transports publics
- Gérer les médicaments
- Effectuer les paiements
- Utiliser le téléphone

La suite? = organisation sortie



- Objectif numéro 1: le retour à domicile, si possible
- Si ce n'est pas possible, nous devons rechercher une place en EMS.
- Parfois, le retour à domicile direct n'est pas possible, alors on organise une réadaptation (canton de Fribourg):
 - Patients jeunes, patients fit: réadaptation à Meyriez (2 types: musculo-squelettique ou neuro-réadaptation)
 - Patients âgés, moins fit: réadaptation gériatrique à Tavel (Sarine, Singine, Lac), Riaz (Gruyères, Glâne, Veveyse) ou Estavayer (Broye-HIB)
 - Patients âgés très fragiles, patients en fin de vie: réadaptation palliative ou fin de vie à la Villa Saint François (Fribourg)
- Patients en attente de pouvoir se mobiliser: court-séjours en EMS, SEO (séjour d'évaluation et d'observation à l'EMS de Billens).

La prévention des chutes

- *Question de dépistage: avez-vous eu une chute dans les 12 derniers mois?*
- **Faire de l'exercice**, idéalement endurance et prévention des chutes
- Alimentation équilibrée, boire suffisamment (minimum 1.5 L/j)
- Eviter alcool (recommandation -> max. 1 équivalent-boisson/j)
- Bonnes chaussures
- Environnement adapté (escaliers, tapis, lumière, seuils), au besoin ergothérapeute à domicile, y compris basse vision
- Lunettes adaptées, appareils auditifs adaptés
- Traitement: éviter psychotropes, pas de benzodiazépines, limiter les anti-hypertenseurs dans la mesure du possible.

Traitement de l'ostéoporose (prévention 2°)

-> cela diminue le risque de nouvelle fracture.

- Alimentation équilibrée, soleil
- **Calcium**: au moins 1000mg/j
- **Vitamine D**: au moins 800U/j
- **En cas de fracture ostéoporotique** (>65 ans, hanche, colonne vertébrale, poignet, épaule), un **traitement de l'ostéoporose** est recommandé.
- Pas besoin d'attendre le résultat d'une ostéodensitométrie pour débuter.
- Médicaments: biphosphonates, denosumab (Prolia), traitement anabolique (tériparatide Forsteo, romosozumab Evenity).



Merci pour votre attention!

A disposition si vous avez des questions 😊

(photo: panneau de circulation en Angleterre)