



# Vous êtes mal tombé ? Ça tombe bien !

1

Valérie Plante

**Minuit. M<sup>me</sup> Petitpas, 89 ans, se lève péniblement et... BANG ! Elle tombe ! Elle se retrouve seule par terre, incapable de se relever. Elle a froid, elle a peur. Elle se traîne et se blesse. Elle attend le petit matin, dans l'espoir que quelqu'un la trouve. Si vous travaillez dans une salle d'urgence, vous aurez certainement à faire face à ce genre de situation.**

**L**ES CHUTES constituent la principale cause de douleur, de troubles fonctionnels et de handicap chez la personne âgée (encadré 1), c'est dire à quel point il s'agit d'un problème d'importance chez nos aînés.

Comment évaluer les patients ayant fait une chute, dans un contexte d'urgence ou de consultation sans rendez-vous, sans équipe interdisciplinaire spécialisée ?

Quels patients diriger vers ces équipes et quand ? Quels examens complémentaires demander ? Vous trouverez des réponses à toutes ces questions dans l'article qui suit.

## Pourquoi votre patient tombe-t-il ?

Pour le médecin qui aime trouver une cause unique à un syndrome médical, l'approche du patient « chuteur » sera plutôt décourageante, car la majorité des chutes sont causées par plus d'un facteur.

Les personnes âgées tombent quand certains facteurs de risque médicaux, comportementaux et environnementaux sont réunis. Le défi est donc de décortiquer tout ça (santé physique, comportement, environne-

*La D<sup>re</sup> Valérie Plante, interniste et gériatre, exerce au Centre hospitalier universitaire de Québec. Elle est professeure de clinique à l'Université Laval de Québec.*

### Encadré 1

#### Chutes chez les personnes âgées de plus de 65 ans

- ⊗ Les traumatismes sont la 5<sup>e</sup> cause de mortalité.
- ⊗ Les chutes constituent 90 % des traumatismes<sup>1</sup>.
- ⊗ Les chutes constituent 10 % des consultations à l'urgence<sup>2</sup>.
- ⊗ À domicile, une personne sur trois tombe.
- ⊗ En établissement, six personnes sur dix tombent<sup>3</sup>.
- ⊗ Un chuteur sur vingt subira une fracture.
- ⊗ Fracture de la hanche : une personne sur quatre meurt en moins d'un an et une sur deux se retrouve en centre d'hébergement<sup>2</sup>.

ment) pour trouver pourquoi un patient chute.

Mais ne vous découragez pas ! Il suffit souvent de modifier un seul élément (mais idéalement plus d'un) pour diminuer le risque de chutes, voire l'éliminer complètement.

#### Facteurs de risque médicaux

Outre les causes cardiaques et neurologiques responsables des syncopes, plusieurs autres facteurs auxquels le médecin ne pense souvent pas peuvent favoriser, voire provoquer les chutes. Vous trouverez dans le *tableau 1* la liste de ces facteurs de risque, accompagnée du risque relatif de chute associé à chacun.

La faiblesse musculaire et la dégradation de la

**Les personnes âgées tombent quand certains facteurs de risque médicaux, comportementaux et environnementaux sont réunis. Il suffit souvent de modifier un seul élément (mais idéalement plus d'un) pour diminuer le risque de chutes, voire l'éliminer complètement.**

Repère

**Tableau 1****Causes médicales des chutes et rapport de cotes associé**

	Rapport de cotes (odds ratio)
⊕ Médicaments :	
⊕ Antiépileptiques	1,5-3,5
⊕ Antihypertenseurs	2,4
⊕ Bêtabloquants	2,2
⊕ Vasodilatateurs périphériques	3,8
⊕ Nitrates	2,2
⊕ Prise de plus de quatre médicaments	4
⊕ Prise de plus de dix médicaments	5-6
⊕ Faiblesse musculaire et dégradation de la condition physique	4
⊕ Troubles de l'équilibre et de la démarche	3
⊕ Troubles visuels	2,5
⊕ Maladies chroniques (arthrite, etc.)	2,4
⊕ Hypotension orthostatique	—
⊕ Incontinence urinaire	—
⊕ Maladies cardiaques	—
⊕ Maladies aiguës	—
⊕ Troubles cognitifs	1,8

condition physique sont les facteurs de risque les plus fréquents. De plus, il arrive souvent qu'un patient se mette à avoir peur de tomber après une première chute (syndrome postchute) et qu'il restreigne ses déplacements par la suite. Il se produit alors une dégradation de la condition physique entraînant une faiblesse musculaire encore plus marquée qui accroît d'autant plus le risque de chute, faisant entrer le patient dans une spirale de fragilité dangereuse.

À eux seuls, les troubles visuels doublent le risque de chute. Une étude comparant ce risque chez des patients en attente d'une intervention chirurgicale pour les cataractes et chez des patients opérés rapidement a montré une diminution des chutes chez ces derniers de plus de 34 %<sup>4</sup>. Par ailleurs, les lunettes à foyer progressif ou multifocal, qui déforment le bas du champ visuel, peuvent être associées à une hausse du nombre de chutes (entre autres, dans les escaliers), du moins pendant les premiers mois.

En ce qui a trait aux maladies chroniques pouvant

**Encadré 2****Aide-mémoire relatif à l'environnement du patient chuteur****Cuisine**

- ⊕ Dégager les aires de déplacement
- ⊕ Éliminer les carpettes
- ⊕ Éviter les revêtements de sol glissants
- ⊕ Ranger les objets à portée de la main pour éviter de devoir grimper

**Salle de bains**

- ⊕ Installer un éclairage de nuit
- ⊕ S'équiper de carpettes antidérapantes
- ⊕ Installer un fond de bain antidérapant
- ⊕ Installer des barres d'appui pour le bain
- ⊕ S'équiper d'un revêtement de plancher antidérapant
- ⊕ Réduire l'encombrement

**Chambre et salon**

- ⊕ Réduire l'encombrement
- ⊕ Retirer les carpettes
- ⊕ Mettre des interrupteurs à l'entrée de la chambre et du salon
- ⊕ Ajuster le lit à une hauteur adéquate
- ⊕ Fixer les cordons électriques au mur

**Corridor et escalier**

- ⊕ Éclairer les aires de déplacement
- ⊕ Installer des mains courantes bilatérales dans les escaliers
- ⊕ Fixer les tapis aux marches d'escalier
- ⊕ Bien marquer le pas des portes à l'aide de ruban adhésif visible (rouge ou jaune)

augmenter le nombre de chutes, l'arthrite est au premier plan. La douleur articulaire peut occasionner une boiterie. Par ailleurs, les articulations se déforment, ce qui entraîne parfois une laxité ligamentaire suffisante pour déstabiliser celles des os portants. De plus, ces patients sont très souvent atteints d'ostéoporose associée, ce qui accroît de beaucoup leurs risques de fracture traumatique.

L'hypotension orthostatique est présente chez au moins 20 % des chuteurs<sup>5,6</sup> et doit être évaluée en l'absence d'autres causes évidentes, puis corrigée le cas échéant. Elle est favorisée par les changements physiologiques normaux se produisant chez les personnes âgées et amplifiée par la prise de médicaments ayant des effets hypotenseurs primaires ou secondaires<sup>6</sup>. Il vaut mieux alors viser une pression systolique de 120 mm Hg à 140 mm Hg sur une pression diastolique de 65 mm Hg à 90 mm Hg en position debout,

peu importe les valeurs tensionnelles lorsque la personne est couchée<sup>7</sup>.

La polypharmacie est l'un des facteurs de risque très souvent en cause. Les benzodiazépines, les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), les neuroleptiques, les hypotenseurs et les antiépileptiques sont les médicaments les plus susceptibles d'entraîner des chutes.

Enfin, bien évidemment, toute maladie aiguë pouvant diminuer l'état général du patient ou favoriser une courte immobilisation contribue à accroître les risques de chute.

Sur le plan des comportements à risque, notons la témérité (Ex. : grimper sur une chaise pour atteindre un objet haut placé), la prise d'alcool, le port de chaussures mal adaptées à l'état du patient, des vêtements trop longs et même des sacs à main trop lourds<sup>4</sup>!

Enfin, en ce qui a trait à l'environnement, certains lieux dans la maison (*encadré 2*) sont plus propices aux chutes.

*Comme bien des gens de son âge, M<sup>me</sup> Petitpas se lève fréquemment la nuit. Elle ne possède aucun système d'éclairage et prend des médicaments hypotenseurs et des benzodiazépines au coucher. De plus, elle ne met pas ses lunettes quand elle va à la salle de bains et a placé un petit tapis de sol pour que ce soit plus douillet sous ses pieds... Que d'occasions de chutes!*

### Quelle est l'évaluation systématique de base de tout chuteur ?

#### L'anamnèse centrée sur le problème

L'anamnèse du patient chuteur (*encadré 3*) doit inclure la recherche des causes de chutes ainsi que l'évaluation de leurs conséquences et du risque de récurrence. Voici une série de questions simples et ouvertes vous permettant de laisser parler le patient afin d'en apprendre le plus possible sur le contexte dans lequel surviennent les chutes.

#### 1. Décrivez-moi votre chute.

Pour les patients atteints de troubles cognitifs, il est bon de toujours poser la question à un témoin.

#### 2. Vous arrive-t-il souvent de tomber ?

Plus le patient fait des chutes, plus son risque d'en faire d'autres augmente. La possibilité de multiples causes sous-jacentes est également plus éle-

### Encadré 3

#### Anamnèse du chuteur

1. Décrivez-moi votre chute.
2. Vous arrive-t-il souvent de tomber ?
3. Avez-vous senti venir votre chute ?
4. Avez-vous perdu connaissance ?
5. Où étiez-vous ?
6. Combien de temps êtes-vous resté par terre ?
7. Qu'avez-vous fait par terre ?
8. Vous êtes-vous blessé ?
9. Avez-vous peur maintenant quand vous marchez ?
10. Vous sentez-vous capable de retourner chez vous ?

vée. Le patient risque alors de limiter sa mobilité par peur de tomber et donc de développer un syndrome postchute.

#### 3. Avez-vous senti venir votre chute ?

Vous interrogez alors le patient pour vérifier la présence de prodromes cardiaques et neurologiques (palpitations, douleur rétrosternale, sudation, voile noir, paralysie, symptômes d'hypotension orthostatique, aura).

#### 4. Avez-vous perdu connaissance ?

Attention, plusieurs personnes perdent connaissance sans le savoir et d'autres ne perdent pas connaissance, mais utilisent cette expression pour exprimer un malaise. La version des témoins est donc d'autant plus importante. Une perte de connaissance demande toujours un examen supplémentaire pour déceler des problèmes cardiaques (sténose aortique, trouble du rythme, hypersensibilité du sinus, etc.) ou neurologiques (épilepsie, etc.).

#### 5. Où étiez-vous ?

Les chutes dans la salle de bains, les escaliers ou la chambre à coucher sont très souvent d'origine environnementale. La sortie du bain est un moment particulièrement propice aux chutes du fait de la difficulté physique que cet exercice représente, du risque de glisser et du risque d'hypotension orthostatique associée à la prise d'un bain chaud.

Les chutes dans la chambre à coucher le matin ou la nuit sont fréquentes également. L'éclairage est le plus souvent insuffisant, les mictions impérieuses font

#### Encadré 4

##### Examen physique ciblé

- ⊗ Examen bref de la vision (acuité visuelle, champs de vision)
- ⊗ Orientation dans les trois sphères
- ⊗ Examen cardiaque (fréquence, rythme, souffle)
- ⊗ Pression artérielle prise en position couchée et debout
- ⊗ Examen neurologique : cordons postérieurs, troubles focaux centraux et cérébelleux, force, tonus, etc.
- ⊗ Articulations des membres inférieurs
- ⊗ Équilibre : debout pieds joints pendant 60 secondes
- ⊗ Démarche

en sorte que les patients ne prennent pas le temps de se lever tranquillement et l'hypotension orthostatique est fréquente à ces périodes de la journée.

#### 6. Combien de temps êtes-vous resté par terre ?

Les patients qui sont restés longtemps au sol sont plus sujets au syndrome postchute. Ils arriveront parfois déshydratés, avec un taux de créatinine kinase élevé et un syndrome d'immobilisation. Ils ont plus de risques d'avoir subi des blessures (fractures, plaies) et nécessitent souvent une hospitalisation et une réadaptation. Le fait d'être resté longtemps au sol dévoile souvent, outre une blessure, une faiblesse musculaire et une incapacité d'appeler à l'aide qu'il faudra pallier.

#### 7. Qu'avez-vous fait par terre ?

On explore ici les mécanismes du patient pour se sortir du pétrin.

#### 8. Vous êtes-vous blessé ?

On recherche alors les conséquences des chutes.

#### 9. Avez-vous peur maintenant quand vous marchez ?

Il faut toujours prendre la peur de tomber au sérieux. Si le patient est craintif, mais qu'il a la capacité de rentrer à la maison, on demandera au

médecin de famille d'assurer un suivi pour savoir si le patient limite ses déplacements et ses activités et, par conséquent, si sa condition physique se détériore.

#### 10. Vous sentez-vous capable de retourner chez vous ?

Si le patient se sent incapable de rentrer chez lui, il devra être orienté en physiothérapie par une équipe multidisciplinaire. Il est bon de vérifier la capacité des patients de revenir à la maison avant de signer un congé.

##### L'examen physique ciblé du chuteur

Il est primordial d'inclure, dans l'examen physique (encadré 4), l'évaluation de la démarche du patient. D'un simple coup d'œil, on pourra rapidement évaluer si ce dernier est capable de retourner chez lui ou si des anomalies neurologiques ou orthopédiques contribuent à son problème. On pourra également observer s'il est craintif à la marche et s'il a des troubles d'équilibre. En l'absence de fractures, on peut même commencer l'examen par l'évaluation de la démarche puisqu'elle nous renseigne plus vite.

Plusieurs tests d'équilibre ont été validés pour déterminer le risque de chute d'un patient. Le plus simple à mon avis reste l'évaluation de la station debout (jambes groupées pendant 60 secondes). Un échec à ce test (incapacité de maintenir la posture plus d'une minute) est un bon indice de troubles de l'équilibre.

Un examen de base du chuteur peut donc se faire en moins de dix minutes dans plus de 90 % des cas, quand il est pratiqué de façon systématique.

##### L'examen de l'environnement

À moins que vous ne soyez le D<sup>r</sup> House, vous ne vous rendez pas chez votre patient examiner son environnement. Il est assez simple de laisser au patient ou aux proches une liste des principales recommandations environnementales pour diminuer les chutes (encadré 2). Au besoin, une demande peut être faite au CLSC pour adapter l'environnement d'un chuteur dans certains cas ciblés (fractures, chutes très fréquentes), mais il est

**Un examen de base du chuteur peut se faire en moins de dix minutes dans plus de 90 % des cas, quand il est pratiqué de façon systématique.**

Repère

**Tableau II****Bilan de base****Sanguin**

Hémogramme, électrolytes, urée, créatinine, créatine kinase, troponine, calcium, phosphore, vitamine B<sub>12</sub>, acide folique, TSH

**Physiologique**

Électrocardiogramme (ECG)

Enregistrement Holter si l'ECG est anormal

Électroencéphalogramme

(en cas de présomption d'épilepsie)

**Radiologique**

Tomodensitométrie cérébrale (au besoin)

illusoire de le demander pour tout chuteur.

**La révision du traitement médicamenteux**

Lorsqu'un patient chuteur prend plus de quatre médicaments ou encore des psychotropes (y compris des benzodiazépines, des ISRS et des neuroleptiques), des médicaments à potentiel d'intoxication ou des hypotenseurs, une révision du traitement s'impose. Ce thème sera abordé dans l'article de la D<sup>re</sup> Couture et de M<sup>me</sup> Côté intitulé : « La polypharmacie chez les personnes âgées », dans ce numéro.

**Le bilan paraclinique à prescrire**

Le *tableau II* vous propose un bilan paraclinique de base pour les chuteurs. Il n'est pas recommandé de faire subir un électroencéphalogramme (EEG) à tous les chuteurs, à moins d'envisager un diagnostic d'épilepsie. Dans ce cas, plus l'EEG est effectué tôt après l'événement, donc dès l'arrivée à l'urgence, plus les chances de confirmer l'épilepsie sont grandes. Si on soupçonne un problème cardiaque et que l'électrocardiogramme est tout à fait normal, il n'est en général pas nécessaire de demander un enregistrement Holter de 24 heures ni d'installer un appareil de télémétrie au patient hospitalisé. Une tomodensitométrie cérébrale est utile si

**Encadré 5****Programmes de télésurveillance**

⊗ **Systèmes privés avec bracelet ou collier avertisseur**

⊕ Ex. : système Argus et autres entreprises de surveillance

⊕ La plupart des CLSC peuvent inscrire les patients au système de télésurveillance s'ils y sont admissibles à moindre coût

⊗ **Systèmes maison**

⊕ S'entendre avec un voisin : si le rideau n'est pas ouvert le matin et fermé le soir à heure fixe, le voisin doit venir frapper (lui laisser les clés)

⊕ S'entendre avec un proche qui appellera tous les matins à heure fixe. En l'absence de réponse, il viendra à la maison pour voir ce qui se passe.

⊗ **Programmes avec camelots**

⊕ Si le journal de la veille n'a pas été ramassé, avertir

l'examen clinique révèle des déficits neurologiques focaux ou des troubles de l'équilibre. Le reste du bilan ou de l'évaluation sera fait selon ce qui sera trouvé à ce premier bilan.

**Quels sont les éléments à ne pas oublier avant de libérer un chuteur ?**

La chute est un syndrome regroupant plusieurs problèmes, diagnostics et conséquences. Il peut donc être difficile de ne rien oublier lorsqu'on doit prendre en charge un patient chuteur.

Je vous propose ici une liste de vérification et de prise en charge (*boîte à outils*) permettant d'établir une communication entre vous et le médecin de famille du patient. Vous pouvez à la fois vous assurer que les aspects les plus importants ont été vérifiés et laisser le soin au médecin traitant de s'occuper des autres éléments moins urgents.

Tout chuteur qui ne nécessite pas d'hospitalisation doit être vu dans un deuxième temps par son médecin de famille. Ce dernier aura alors comme objectif complémentaire de voir à la santé des os du patient en examinant ses facteurs de risque d'ostéoporose et

**Tout chuteur devrait être revu par son médecin de famille qui ciblera la santé des os, du cœur et du système nerveux, la maîtrise de l'hypertension et la correction de la vue, tout en surveillant les facteurs environnementaux.**

**Repère**

## Boîte à outils

### Feuille de route du chuteur

Causes de chute évaluées	À l'urgence	Par le médecin de famille	Résultat
⊗ HTO* (baisse > 20 syst./10 diast. × 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
⊗ Causes cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
⊗ Électrocardiogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
⊗ Enregistrement Holter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
⊗ Causes neurologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
⊗ Anomalie à l'examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
⊗ Tomodensitogramme anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
⊗ Électroencéphalogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
⊗ Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
⊗ Polypharmacie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
⊗ Plus de cinq médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
⊗ Psychotrope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
⊗ Antihypertenseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
⊗ Antiépileptique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
⊗ Troubles de l'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
⊗ Position debout, pieds collés < 60 s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
⊗ Démarche anormale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
⊗ Troubles visuels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
⊗ Troubles cognitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
⊗ Problèmes articulaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
⊗ Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
⊗ Consommation d'alcool et comportement téméraire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
⊗ Problèmes liés à l'environnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
⊗ Maladie aiguë : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Prescriptions thérapeutiques	À l'urgence	Par le médecin de famille	Autre professionnel
⊗ Ajustement du traitement médicamenteux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⊗ Correction de la vision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⊗ Exercices d'équilibre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⊗ Ajout de calcium, de vitamine D et de bisphosphonates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⊗ Évaluation cognitive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⊗ Élaboration d'un système de télésurveillance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⊗ Vérification de l'environnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Recommandations faites au médecin de famille/conclusion de la situation d'urgence : \_\_\_\_\_

\* HTO : hypotension orthostatique

### Site Internet utile

#### Agence de santé publique du Canada

[www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/index\\_pages/publications\\_f.htm](http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/index_pages/publications_f.htm)

Liens sur la prévention pour les patients, guide des meilleures pratiques pour prévenir les chutes chez les aînés vivant dans la collectivité et rapport sur les chutes des aînés au Canada (dans la section Publications)

en proposant un traitement au besoin. Il verra à ajuster les hypotenseurs et à réduire les psychotropes. Il pourra évaluer la nécessité de diriger le chuteur vers un ophtalmologiste en présence de troubles visuels. Si les ressources (programmes PIED et MARCHE, hôpital de jour) sont offertes dans la région du patient, une orientation pourra être faite. Enfin, le médecin traitant pourra aussi suggérer à son patient des systèmes de télé-surveillance en cas de chute (*encadré 5*).

### Les indications d'hospitalisation

En général, un patient doit être hospitalisé après une chute lorsqu'il ne peut se mobiliser de façon habituelle, qu'il présente un traumatisme sérieux, qu'il est resté longtemps au sol et qu'il souffre d'un syndrome post-chute important, surtout s'il habite seul.

Lorsqu'une affection précise est trouvée (Ex. : bloc cardiaque, infarctus, épilepsie), le patient doit être dirigé vers les spécialistes adéquats pour la prise en charge de ses problèmes.

Une vérification de l'environnement est toujours pertinente. Une feuille de recommandations (*encadré 2*) peut être remise au patient ou à ses aidants. Cependant, dans les cas de chutes répétées malgré une prise en charge adéquate, de fractures associées ou de séjours prolongés au sol, il devient pertinent de faire une demande en ergothérapie au CLSC pour qu'un intervenant aille évaluer le patient à domicile.

### Et M<sup>me</sup> Petitpas ?

*M<sup>me</sup> Petitpas avait déjà discuté d'un système de télé-surveillance avec sa voisine d'en face. Il a donc été mis à exécution lorsqu'elle est tombée : à 8 h, voyant qu'elle n'avait pas ouvert ses rideaux, la voisine lui a téléphoné. Comme M<sup>me</sup> Petitpas ne répondait pas, elle a utilisé sa clé pour aller voir ce qui se passait. M<sup>me</sup> Petitpas est donc restée huit heures au sol. Ce simple système lui a peut-être sauvé la*

### Summary

**A bad fall in the right place!** Falls among elderly people are frequent and most of the consultations for this problem will occur at the emergency unit or the walk-in clinic. Faced with this situation, the clinician must, most importantly, make a good evaluation of the patient's condition to reduce risk of recurrence. Even though multiple problems are often involved in fall injuries, it is possible to make a good assessment of the patient from the emergency room, in a limited amount of time, and initiate a care continuum between the emergency doctor, the family physician and other involved caregivers. This article aims to guide the practitioner through the anamnesis, physical exam, investigation and targeted care of the patient from the emergency.

**Keywords:** falls, elderly persons, emergency, causes, investigation

*vie. La voisine a par la suite appelé l'ambulance qui a mené la patiente à l'urgence où vous devrez l'évaluer.*

**L'**URGENCE EST LE PRINCIPAL endroit où se présentent les chuteurs. Le médecin de garde est donc appelé fréquemment à évaluer de tels patients. Par conséquent, il est primordial que l'évaluation soit faite de façon systématique et efficace pour trouver les causes des chutes et leurs conséquences. 📞

**Date de réception :** 27 juin 2008

**Date d'acceptation :** 6 août 2008

**Mots clés :** chutes, personnes âgées, urgence, causes, évaluation

La D<sup>re</sup> Valérie Plante a été conférencière et a assisté à des formations rémunérées pour Pfizer et Janssen-Ortho de 2004 à 2008.

### Bibliographie

1. Kannus P, Sievanen H, Palvanen M et coll. Prevention of falls and consequent injuries in elderly people. *Lancet* 2005 ; 366 : 1885-93.
2. Tinetti M. Preventing Falls in elderly persons. *N Engl J Med* 2003 ; 348 : 42-9.
3. Fuller GF. Falls in the elderly. *Am Fam Physician* 2000 ; 61 : 2159-68, 2173-4.
4. Harwood RH, Foss AJ, Osborn F et coll. Fall and health status in elderly women following first eye cataract surgery: a randomized controlled trial. *Br J Ophthalmol* 2005 ; 89 : 53-9.
5. Agence de santé publique du Canada. Rapport sur les chutes des aînés au Canada, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada 2005. Site Internet : [www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines](http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines) (Date de consultation : le 26 juin 2008).
6. Gupta V, Lipsitz LA. Orthostatic hypotension in the elderly: diagnosis and treatment. *Am J Med* 2007 ; 120 : 841-7.
7. Drouin D, Milot A. *Hypertension – Guide thérapeutique*. Montréal : Société québécoise d'hypertension artérielle ; 2007.