

Recommandations HAS — Prévention des chutes et dépistage de la dénutrition

Document de synthèse à usage pédagogique, construit à partir de publications réelles de la Haute Autorité de Santé (sources citées en fin de document).

1. Prévention des chutes chez la personne âgée

D'après les recommandations HAS de 2005 (actualisées en 2006) et de 2009, le repérage du risque de chute doit être systématique : il est recommandé d'interroger toute personne âgée sur une éventuelle chute survenue au cours de l'année précédente, quel que soit le motif de la consultation ou du suivi.

Facteurs de risque à rechercher

- Facteurs intrinsèques : âge supérieur à 80 ans, antécédents de chute, troubles de la marche et de l'équilibre, réduction de la force musculaire, baisse de l'acuité visuelle, polymédication (4 traitements ou plus), prise de psychotropes, pathologies neurologiques (Parkinson, démences, dépression).
- Facteurs extrinsèques : consommation d'alcool, sédentarité, dénutrition, habitat mal adapté, nécessité d'une aide technique (canne, déambulateur).

Tests simples de repérage (recommandés en consultation)

- Timed Up and Go test : se lever, marcher environ 3 mètres, faire demi-tour, se rasseoir — un déficit de mobilité est suspecté au-delà de 20 secondes, et important au-delà de 29 secondes.
- Appui unipodal : tenir en équilibre sur une jambe ; est considéré anormal si la position tient moins de 5 secondes.
- Poussée sternale : un déséquilibre à la poussée est un facteur prédictif du risque de chute.

Prise en charge selon le degré de fragilité

La HAS recommande une évaluation et une intervention multifactorielles et pluridisciplinaires, graduées selon l'autonomie de la personne : encouragement de l'activité physique et correction des déficits sensoriels pour les personnes âgées autonomes ; évaluation gériatrique standardisée, aménagement de l'habitat et attention portée à l'état nutritionnel pour les personnes fragiles ; prise en charge des polyopathologies et réévaluation des contentions pour les personnes dépendantes en institution. Une coordination efficace entre les intervenants est indispensable à chaque étape.

La recommandation HAS de 2009, centrée sur les chutes répétées (deux chutes ou plus en douze mois), précise la démarche clinique à suivre : recherche systématique de signes de gravité, examen ciblé (équilibre postural, transferts, marche, examen cardio-vasculaire et neurologique) et bilan biologique complémentaire si nécessaire.

2. Diagnostic de la dénutrition chez la personne âgée

La recommandation HAS/Fédération Française de Nutrition de novembre 2021, qui actualise la recommandation HAS de 2007, précise que le diagnostic de dénutrition chez la personne de 70 ans et plus repose sur l'association d'au moins un critère phénotypique ET d'au moins un critère étiologique.

Critères phénotypiques (un seul critère suffit)

Critère	Seuil
Perte de poids	≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois, ou ≥ 10 % par rapport au poids habituel
Indice de masse corporelle (IMC)	Inférieur à 22 kg/m ²
Sarcopénie confirmée	Réduction de la force ET de la masse musculaire (critères EWGSOP2, 2019)

Critères étiologiques (un seul critère suffit)

- Réduction de la prise alimentaire ≥ 50 % pendant plus d'une semaine, ou toute réduction des apports pendant plus de deux semaines par rapport à la consommation habituelle ou aux besoins.
- Absorption réduite (malabsorption ou maldigestion).

- Situation pathologique aiguë, chronique ou maligne évolutive, avec ou sans syndrome inflammatoire.

Critères de sévérité (un seul critère suffit)

Critère	Seuil
IMC	Inférieur à 20 kg/m ²
Perte de poids	≥ 10 % en 1 mois, ou ≥ 15 % en 6 mois
Albuminémie	Inférieure ou égale à 30 g/L

Fréquence de surveillance recommandée

La surveillance nutritionnelle (poids, IMC, appétit, consommation alimentaire, force musculaire) doit être réalisée à l'entrée en EHPAD ou en unité de soins de longue durée, puis au moins une fois par mois, et à la sortie. Elle doit être rapprochée à au moins une fois par semaine en cas d'événement clinique intercurrent (infection, chirurgie) ou de baisse de l'appétit ou des prises alimentaires.

3. Point de vigilance croisé chutes / dénutrition

La HAS identifie explicitement la dénutrition parmi les facteurs de risque comportementaux de chute chez la personne âgée. Une grille d'audit couvrant conjointement les deux thématiques est donc cohérente avec les recommandations : le dépistage nutritionnel (poids, IMC, prises alimentaires) et le dépistage du risque de chute (mobilité, chaussage, environnement) s'appuient sur des observations de terrain communes et se renforcent mutuellement.

Sources

Haute Autorité de Santé, « Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée », recommandation de bonne pratique, 2005 (mise à jour 2006). — has-sante.fr/jcms/c_272503

Haute Autorité de Santé, « Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées », recommandation de bonne pratique, 2009. — has-sante.fr/jcms/c_793371

Haute Autorité de Santé, « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée », 2007. — has-sante.fr/jcms/c_546549

Haute Autorité de Santé / Fédération Française de Nutrition, « Diagnostic de la dénutrition chez la personne de 70 ans et plus », recommandation de bonne pratique, novembre 2021. — has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368_recommandations_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdf

Document réalisé pour un usage pédagogique dans le cadre du Parcours Inter-Métiers en Gériologie — Formation IA. VINCENT R, référent numérique, Formateur Académique « PFA » et « IAN » STI-EDD.