

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2015

THÈSE N°

**LES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE DE LA PERSONNE AGÉE A DOMICILE :
ETUDE DESCRIPTIVE.**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 13 octobre 2015

par

Pauline PEPY

née le 8 janvier 1987, à BRIVE LA GAILLARDE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Buchon Président
Mme la Professeur Dumoitier Juge
Mme la Professeur Prévost Juge
Mmes les Drs Mage et Pautout Membres invités
Mme le Dr Lauchet Directrice de thèse

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2015

THÈSE N°

LES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE DE LA PERSONNE AGÉE A DOMICILE : ETUDE DESCRIPTIVE.

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le 13 octobre 2015

par

Pauline PEPY

née le 8 janvier 1987, à BRIVE LA GAILLARDE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur Buchon Président
Mme la Professeur Dumoitier Juge
Mme la Professeur Prévost Juge
Mmes les Drs Mage et Pautout Membres invités
Mme le Dr Lauchet Directrice de thèse



Le 1^{er} septembre 2014

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur Denis VALLEIX
ASSESEURS : Monsieur le Professeur Marc LASKAR
Monsieur le Professeur Jean-Jacques MOREAU
Monsieur le Professeur Pierre-Marie PREUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE (CS)
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul (SUR. 31.08.2015)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE (CS)
ARNAUD Jean-Paul (SUR. 31.08.2016) TRAUMATOLOGIQUE	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (C.S.)
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE (CS)
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE (CS)
BESSEDE Jean-Pierre	O.R.L. (CS)
BONNAUD François (SUR. 31.08.2015)	PNEUMOLOGIE
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE (CS)
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis TRAUMATOLOGIQUE	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE (CS)
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES (CS)

COGNE Michel	IMMUNOLOGIE (CS)
CORNU Elisabeth VASCULAIRE	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE (C.S.)
DANTOINE Thierry VIEILLISSEMENT (CS)	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE (C.S.)
DAVIET Jean-Christophe READAPTATION	MEDECINE PHYSIQUE et de
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL (CS)
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE (C.S.)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE (CS)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE (CS)
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE (CS)
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE (CS)
GAINANT Alain (SUR. 31.08.2017)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François PATHOLOGIQUES	ANATOMIE et CYTOLOGIE
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LASKAR Marc VASCULAIRE	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE

MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE (CS)
MERLE Louis (SUR. 31.08.2015)	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques (CS)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE (C.S.)
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION (CS)
PARAF François (CS)	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE (CS)
PREUX Pierre-Marie SANTE	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE (C.S.)
SALLE Jean-Yves READAPTATION (C.S.)	MEDECINE PHYSIQUE ET DE
SAUTEREAU Denis (CS)	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck (CS)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre MALADIES METABOLIQUES	ENDOCRINOLOGIE , DIABETE ET
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	CANCEROLOGIE (CS)
VALLEIX Denis	ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE (CS)
VERGNENEGRE Alain SANTE et PREVENTION (CS)	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE, DE LA
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE (CS)
VIROT Patrice (SUR. 31.08.2016)	CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES (C.S)
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE (C.S)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
LE GUYADER Alexandre VASCULAIRE	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARIN Benoît et PREVENTION	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
TCHALLA Achille VIEILLISSEMENT	GERIATRIE et BIOLOGIE du
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTA

P.R.A.G

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

PROFESSEUR DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

DUMOITIER Nathalie	MEDECINE GENERALE
---------------------------	-------------------

PREVOST Martine	MEDECINE GENERALE
------------------------	-------------------

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

MENARD Dominique	MEDECINE GENERALE
-------------------------	-------------------

Remerciements

A Mme le Docteur Nadège Lauchet : Merci de m'avoir accompagnée dans l'élaboration de ce travail, merci pour ta patience et ta disponibilité.

A Monsieur le Professeur Daniel Buchon : merci de me faire l'honneur de présider la soutenance de cette thèse.

A Madame le Professeur Nathalie Dumoitier, Madame le Professeur Martine Prévost et Madame le Docteur Marie-Paule Pautout : merci pour l'intérêt porté à mon travail et la participation à ma soutenance.

A Madame le Docteur Evelyne Mage : je te remercie pour ton accompagnement durant ces 6 mois de formation en gériatrie. Ton dynamisme et tes conseils m'ont permis d'aimer cette spécialité et d'apprivoiser mes craintes. J'espère un jour pouvoir retravailler avec toi !

A Dominique : merci pour ton amour de chaque jour, ta patience et ta présence.

A ma petite sœur Emilie, une aide précieuse à la rédaction de ce travail, Word et Excel n'ont pas de secret pour toi. A ma sœur Marie pour sa gentillesse.

A mes parents, toujours à mes côtés dans les bons et mauvais moments. Merci de m'avoir permis de réaliser mon rêve! J'espère vous rendre fiers aujourd'hui !

A mes grands-parents, à ma (grande) famille, à mes amis, la vie est belle grâce à vous tous.

Droits d'auteurs



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France » disponible en ligne <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

Plan

Introduction	12
1. Notions générales.....	14
1.1. Démographie	14
1.2. Le sujet âgé.....	15
1.3. La dépendance.....	16
1.4. La fragilité.....	16
2. La chute du sujet âgé	18
2.1. Définition.....	18
2.2. Les circonstances.....	19
2.3. Prévalence en France et en Limousin	20
2.4. Les facteurs de risque de la chute	21
2.4.2.1. La iatrogénie	22
2.4.2.2. La dénutrition.....	24
2.4.2.3. L'hypotension orthostatique.....	24
2.4.2.4. Les facteurs de risques environnementaux.....	25
2.4.2.5. La dépression	25
2.4.2.6. La diminution de l'acuité visuelle et l'hyposcousie	30
2.4.2.7. L'alcoolisme	30
2.5. Les conséquences de la chute	31
2.6. Le rôle du médecin généraliste	33
3. Méthodes.....	34
3.1. Schéma de l'étude.....	34
3.2. La population	34
3.3. Objectifs de l'étude	35
3.4. Réalisation du questionnaire	35
3.5. Recueil des données.....	37
3.6. Analyse des données.....	37
3.7. L'analyse statistique.....	37
4. Résultats	38
4.1. Nombre de médicament sur l'ordonnance	39
4.2. Le syndrome dépressif.....	40
4.3. La prise de psychotrope.....	41
4.4. L'albuminémie	42
4.5. La baisse d'acuité visuelle.....	43
4.6. L'hyposcousie	44
4.7. Les troubles cognitifs.....	45
4.8. La présence de tapis	47
4.9. L'aménagement des sanitaires.....	48
4.10. L'hypotension orthostatique.....	49
4.11. L'alcoolisme	51

5. Discussion	52
5.1. L'étude	52
5.2. Les résultats.....	54
5.2.2.1. La polymédication	57
5.2.2.2. La dénutrition.....	59
5.2.2.3. Les déficits neurosensoriels	60
5.2.2.4. Les facteurs de risque environnementaux	61
5.2.2.5. L'hypotension orthostatique.....	62
5.2.2.6. Le syndrome dépressif	62
5.2.2.7. Les psychotropes	63
5.2.2.8. Les troubles cognitifs	65
Conclusion	67
Bibliographie.....	68
Annexes	72
Table des matières	78
Table des annexes	80
SERMENT D'HIPPOCRATE	81

Introduction

Depuis plusieurs décennies, l'espérance de vie à la naissance ne cesse de s'allonger dans nos pays industrialisés. En 2012, elle a atteint 85 ans chez la femme et 78,7 ans chez l'homme. En revanche l'espérance de vie sans incapacité stagne ces dernières années. En effet les maladies anciennement létales sont devenues des maladies chroniques, entraînant souvent une perte d'autonomie et une altération de la qualité de vie.

La dépendance représente une situation lourde de conséquences tant au niveau individuel qu'au niveau collectif. Pour le patient, elle provoque une perte de confiance en soi, un sentiment de dévalorisation et entraîne souvent une institutionnalisation. Pour la société, elle représente un coût de plusieurs milliards d'euros dont le financement est supporté par 3 acteurs principaux : la sécurité sociale qui rembourse les soins, les départements qui financent la dépendance au travers de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et les familles qui participent aux frais d'hébergement.

Au delà du vieillissement en bonne santé, l'OMS a adopté l'expression « vieillir en restant actif », plaçant le maintien des capacités fonctionnelles des sujets âgés au cœur de ses recommandations.

La chute de la personne âgée est un des modes d'entrée dans la dépendance. Elle est souvent banalisée par les patients et leur famille et peu recherchée lors de nos consultations. Pourtant elle ne doit pas être considérée comme une fatalité liée au vieillissement.

La chute est un symptôme qui s'inscrit dans le syndrome clinique de la fragilité. Cet état de pré-dépendance, qui concerne près de 10% des patients de plus de 65 ans, est réversible. Le repérage de la fragilité des sujets âgés à domicile participe à la prévention de la perte d'autonomie. Il doit reposer sur un bilan systématique, organisé et personnalisé, dès l'apparition de la première chute.

De nombreux facteurs de risque de chute ont été décrits dans la littérature. On distingue les facteurs de vulnérabilité qui sont l'âge et le sexe féminin ; les facteurs de prédisposition correspondant aux pathologies chroniques qui fragilisent le patient et les facteurs précipitants ou décompensations aiguës durant lesquelles le risque de chute atteint son paroxysme.

Le rôle du médecin généraliste est essentiel. Il est au plus près des besoins de la personne âgée qu'il connaît souvent de longue date et qu'il visite à domicile. Son lien relationnel avec ses patients peut faciliter leur motivation pour changer certains comportements ou suivre des conseils d'alimentation ou d'activité physique. Dépister les sujets à risque de perte d'autonomie est une compétence du médecin généraliste.

L'objectif de cette étude était de mettre en évidence les principaux facteurs de risque de chute retrouvés en pratique courante, par les médecins généralistes du Limousin.

Après un stage en gériatrie lors de mon internat, j'ai pris conscience de l'importance de la chute en terme de fréquence et de conséquences pour le patient et sa famille. Les patients qui étaient hospitalisés bénéficiaient d'un bilan complet, mais qu'en était-il pour ceux qui restaient à la maison ? Nous savons que la chute résulte d'un processus multifactoriel, nous connaissons les nombreux facteurs de risque mais il n'est pas toujours facile de mener un bilan exhaustif du fait de l'isolement des patients et de leur fragilité.

Il m'a donc paru intéressant d'enquêter sur la connaissance de ces facteurs de risque par les médecins généralistes et de mettre en évidence les facteurs les plus fréquemment retrouvés pour optimiser leur dépistage et leur prise en charge.

1. Notions générales

1.1. Démographie

En France, en 2015, l'âge moyen de la population est de 40,9 ans.

Au 1^{er} janvier 2012, selon l'INSEE, la France comptait 65,35 millions d'habitants. La part des personnes de plus de 65 ans représentait 17,1%, dont plus de la moitié avait 75 ans ou plus. Cette part a crû de 22,6% en 10 ans jusqu'à être presque équivalente à celle des jeunes de moins de 20 ans. [1]

En Limousin, la moyenne d'âge est de 42,5 ans. [2] Cette moyenne d'âge élevée s'explique à la fois par une faible proportion de jeunes et une forte proportion de séniors. Avec un quart de la population âgée de moins de 25 ans et à peu près autant de plus de 65 ans, le Limousin détient ainsi 2 records en France : la plus faible part de jeunes et le plus fort taux de séniors.

L'espérance de vie des hommes et des femmes s'est considérablement allongée depuis des décennies. La durée de vie moyenne a plus que triplé en deux siècles et demi, passant de 25 ans en 1740 à plus de 80 ans aujourd'hui.

En 2013, selon l'INSEE, l'espérance de vie d'un homme est de 78,7 ans contre 85 ans pour une femme. A l'âge de 60 ans, cette espérance de vie est repoussée de 22,8 ans chez l'homme (82,8ans) contre 27,3 ans chez la femme (87,3ans). [3] Ces chiffres sont identiques en Limousin.

Devant ce constat positif, comprendre maintenant si les années de vie gagnées le sont en bonne santé est un enjeu de santé publique afin de planifier les besoins en matière de soins, d'assistance économique et sociale. L'institut national d'études démographiques parle donc de l'espérance de vie sans incapacité. Son estimation rapporte une certaine stagnation par rapport à l'espérance de vie à la naissance et une tendance plus défavorable pour la femme. En 2005, l'espérance de vie à 65 ans d'une femme était de 23 ans (soit 88 ans) tandis que l'espérance de vie sans incapacité au même âge n'était que de 9 ans (soit 74ans). [1]

1.2. Le sujet âgé

Selon l'OMS et la HAS, le sujet âgé est défini comme une personne de plus de 65 ans.

En gériatrie, spécialité médicale prenant en charge les sujets âgés, il est plus commun d'admettre des personnes de plus de 75 ans.

Le sujet âgé connaît le vieillissement. Il s'agit d'un ensemble de processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme sous l'action du temps. Il est la résultante de facteurs génétiques (vieillissement intrinsèque) et de facteurs environnementaux (vieillissement extrinsèque). Il est linéaire lent et progressif, et souvent la prise de conscience se fait à l'occasion de pathologie aiguë, [4] « L'âge s'empare de vous par surprise » Simone de Beauvoir.

Il existe un vieillissement morphologique comprenant des modifications anatomiques telles que la baisse de l'eau corporelle totale (62% à 25 ans contre 53% à 75 ans), la baisse de la masse maigre (musculaire et osseuse), la diminution de la stature par abaissement de la voûte plantaire et exagération des courbures physiologiques. Le vieillissement fonctionnel quant à lui concerne la diminution des performances et de l'adaptabilité.

La marche est une activité alternée des 2 membres inférieurs qui permet le déplacement du corps tout en assurant le maintien de son équilibre en orthostatisme. On décrit plusieurs systèmes impliqués dans la marche :

- le système antigravitaire sert au maintien de l'attitude érigée en s'opposant à l'effet de pesanteur. Il est dépendant des muscles extenseurs des membres inférieurs et des muscles paravertébraux. Les afférences de ce système proprioceptif proviennent de la plante des pieds, du labyrinthe de l'oreille interne et des récepteurs musculo-tendineux.
- Le système d'équilibre et d'adaptation posturale vise au maintien de la posture en position debout. Ce système complexe intègre les informations de 4 modes de perception que sont la vue, le système vestibulaire, les voies sensitives afférentes proprioceptives et les voies sensitives afférentes tactiles épicrotiques.

Au cours du vieillissement, les réactions posturales se maintiennent efficacement mais la vitesse des réactions et les capacités d'adaptation aux situations extrêmes sont moindres. [5] On décrit chez les sujets âgés une augmentation des oscillations à la station debout, une diminution de la vitesse de la marche, à petit pas, une réduction de la longueur et de la hauteur des pas et une diminution des mouvements de balanciers des bras.

Dans cette immense population, il est intéressant de distinguer trois groupes dont les risques et les besoins en soins sont différents :

- les sujets âgés « robustes » qui sont en bonne santé ;
 - les sujets « fragiles » qui sont autonomes mais avec un risque de déclin fonctionnel
 - les sujets « dépendants » qui sont polypathologiques, consommateurs important de soins.
- [6]

Une grande attention doit être portée au second groupe dit fragile car ce sont les sujets le plus à risque de dépendance.

1.3. La dépendance

La dépendance, définie comme un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie quotidienne, représente une altération importante de la qualité de la vie mais aussi un coût considérable, environ 25 milliards d'euros, supporté par l'Etat, les départements, la Sécurité Sociale et la Caisse Nationale pour la Solidarité. Sa prévention pourrait permettre une économie de 10 milliards d'euros. [6]

Elle est souvent mise au même plan que la perte d'autonomie, très différente, puisqu'il s'agit d'une altération de la capacité à faire ses propres choix de vie. Or une personne dépendante peut encore souvent faire le choix de son mode de vie. [7]

1.4. La fragilité

En amont de cette dépendance, un syndrome clinique gériatrique a été identifié : la fragilité. [8] (Figure 1)



Figure 1 : La fragilité : un état potentiellement réversible

Cet état de pré-dépendance, correspond à une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Il s'agit d'un syndrome clinique modulé par des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. [9]

Les 5 critères cliniques, définissant la fragilité, identifiés lors de la Cardiovascular Health Study sont :

- la sédentarité,
- la perte de poids récente,
- la sensation de fatigue,
- le manque de force musculaire et
- la vitesse de marche lente.

Ainsi un sujet âgé est considéré comme fragile s'il présente au moins 3 de ces 5 critères.
[10] (Figure 2)

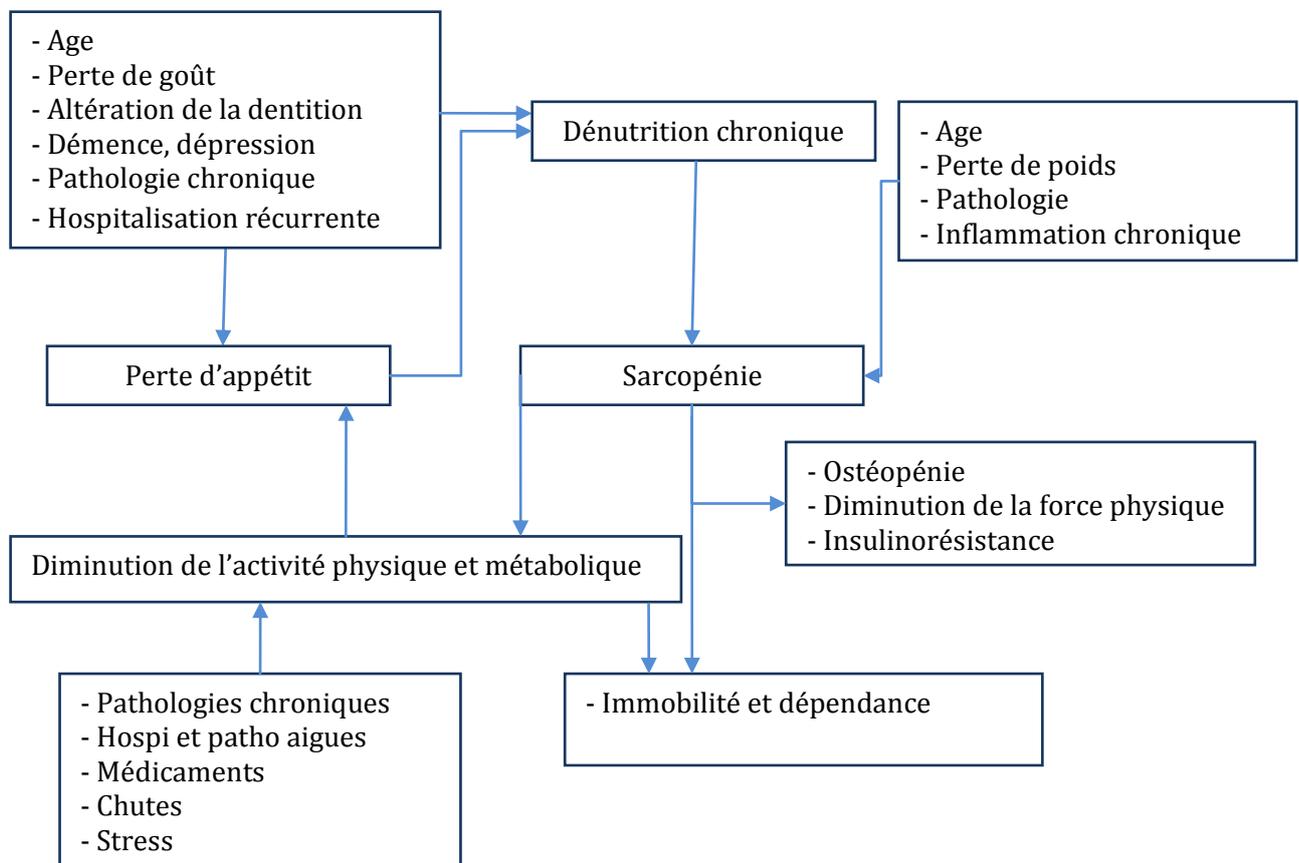


Figure 2 : Le cycle de la fragilité selon Fried

L'instabilité et la réversibilité sont deux caractéristiques du syndrome de fragilité qui soulignent toute son importance. [11] En effet, porter un diagnostic de fragilité permet d'identifier un patient en état d'instabilité qui l'expose à un risque de déclin fonctionnel et de décès. On estime que le risque de dépendance est environ 2 à 3 fois plus élevé chez les personnes fragiles. [12] Sa réversibilité indique qu'avec une démarche d'évaluation gériatologique standardisée, nous pouvons leur permettre de retrouver au mieux leur autonomie.

Les facteurs prioritaires de fragilité, retenus par le ministère de la santé en France, sont les troubles de la marche et les chutes, la dénutrition, l'incontinence, une mauvaise observance thérapeutique et la iatrogénie. [11] Ceux-ci ont une incidence forte sur la vie quotidienne et le maintien à domicile.

Les conséquences du syndrome de fragilité sont nombreuses et lourdes : fracture de hanche, hospitalisations, perte d'autonomie, et différents syndromes gériatriques tels que la chute et le syndrome post-chute, les syndromes confusionnel, d'immobilisation et de glissement. [13] [14]

Certains centres ont développé des grilles de repérage de la fragilité, destinée au médecin généraliste, lorsqu'il souhaite adresser leurs patients en évaluation gériatrique en hôpital de jour. [15] (Annexe 1)

2. La chute du sujet âgé

2.1. Définition

L'OMS définit la chute comme tout événement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol.

Elle peut être due à un malaise mais dans 99% des cas elle ne l'est pas.

D'origine multifactorielle, la chute résulte le plus souvent de l'action combinée des effets du vieillissement neurosensoriel, cardiovasculaire et locomoteur. Elle est aussi due à la présence de comorbidités et de médicaments affectant la fonction d'équilibre et aux facteurs environnementaux.

Le schéma de Bouchon 1+2+3 illustre très bien cette intrication de facteurs prédisposant et précipitant. [16] (Figure 3)

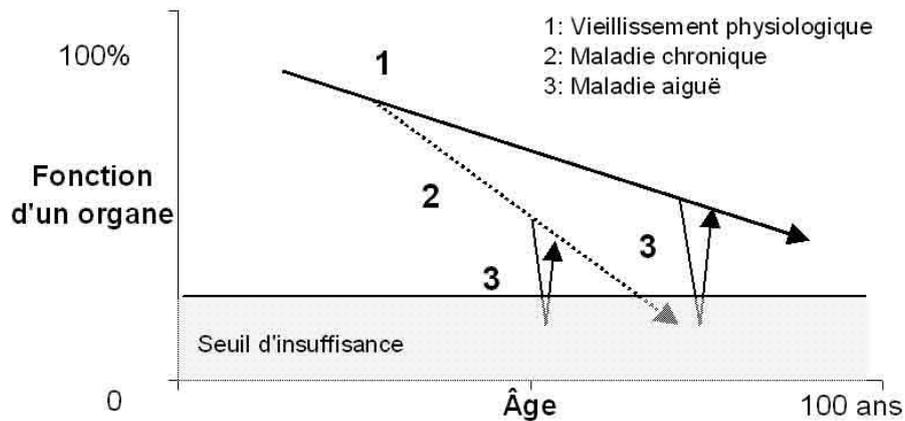


Figure 3 : Le schéma de Bouchon 1+2+3

Cet algorithme permet de faire la différence entre ce qui est le déclin progressif lié au vieillissement physiologique (1), du déclin accéléré en cas de maladie chronique (2) qui va faire franchir plus rapidement le seuil d'insuffisance, par exemple la survenue d'un AVC chez un hypertendu. Cependant, il peut exister au cours des affections chroniques, un évènement favorable qui ramènera l'évolution vers la pente de déclin physiologique, par exemple la pose d'une prothèse redonnant de l'autonomie à un invalide.

2.2. Les circonstances

La chute au domicile des personnes âgées de plus de 65 ans est un problème de santé publique majeur, elle représente 78% des chutes. Il est plus rare de chuter sur la voie publique ou les zones de transport 16%. Les chutes en EHPAD en représentent 11%.

La marche est l'activité la plus courante au moment de la chute 69%. Les autres circonstances sont les activités vitales 11%, les activités domestiques 8%, les jeux et loisirs 5%, le bricolage 1% et enfin les activités sportives <1%. [17]

2.3. Prévalence en France et en Limousin

On estime qu'environ 30% des personnes âgées de 65 ans et plus, vivant à domicile, chutent chaque année, soit 1,5 millions de chuteurs occasionnels [18]. L'avancée en âge aggrave le phénomène puisque ce sont 50% des sujets de plus de 80 ans qui chutent.

2,5 femmes chutent pour 1 homme.

En 2007, l'INVS rapportait 470 000 chutes en France chez les plus de 65 ans dont 34% étaient bénignes (aucun traitement et retour à domicile), 30% nécessitaient un traitement et un suivi ultérieur et 37% aboutissaient à une hospitalisation après le passage aux urgences. [17]

En 2005, l'HAS rapportait que 9000 décès par an étaient associés à une chute, représentant ainsi la 6^{ème} cause de mortalité des sujets âgés. De même, le risque de décès dans les suites d'une fracture du col fémorale est de 30% dans l'année qui suit. [19]

Elle amène parfois à une institutionnalisation, dans près de 40% des cas en 2009 selon l'HAS. [20]

En Limousin, région possédant l'indice de vieillissement le plus élevé de France, 28,5% de la population a plus de 60 ans contre 21,5% au niveau national et 12,6% a plus de 75 ans. Le nombre d'admission pour chute des personnes de plus de 75 ans dans les services d'accueil d'urgence du Limousin est estimé à 6500 par an. [21] En Corrèze, selon l'étude Esope, l'incidence des chutes à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie est de l'ordre de 54% par an. [22]

Outre l'impact humain de la chute, l'impact économique est majeur avec un coût médical direct supérieur à 1 milliard d'euros chaque année [23], sans inclure le coût induit par ses complications. Par exemple, la prise en charge aigüe des fractures du col du fémur représentait 475 millions d'euros en 2009 sans compter les soins de suite et de réadaptation. [24]

2.4. Les facteurs de risque de la chute

2.4.1. Classifications des facteurs de risque

Les mécanismes de chute ne sont pas toujours aisés à déterminer. Au sein des facteurs de risque certains sont impliqués directement dans la chute tandis que d'autres sont seulement un marqueur du risque de chute. On peut classer ces facteurs en 2 catégories : les facteurs de vulnérabilité, plutôt chroniques, et les facteurs précipitant sources de déséquilibre, plus ponctuels.

Les deux grands facteurs de vulnérabilité sont l'âge supérieur à 80 ans et le sexe féminin. [25]

Les autres facteurs de prédisposition sont nombreux, nous distinguons :

- des affections **neurologiques centrales** comme la maladie de Parkinson ou encore l'hydrocéphalie à pression normale
- des affections **neurologiques périphériques** comme le canal lombaire étroit, les radiculalgies ou encore les polyneuropathies
- des affections **neuromusculaires** telles que la myasthénie ou la pseudopolyarthrite rhizomélisque
- des affections **ostéoarticulaires** rachidiennes comme la cyphose dorsale ou des membres inférieurs comme l'arthrose, la limitation de la dorsiflexion des chevilles
- des atteintes **visuelles** comme la baisse de l'acuité visuelle ou encore la cataracte et la DMLA
- l'inhibition motrice du syndrome dépressif corrélé avec la prescription de psychotropes
- la dénutrition protéino-énergétique sévère, albuminémie inférieure à 30
- la diminution de l'adaptation à l'effort par insuffisance cardiaque, BPCO, anémie

Les facteurs précipitant sont ceux qui peuvent déclencher la chute, ils sont souvent multiples et associés entre eux. On distingue :

- les causes **cardiovasculaires** comme l'hypotension orthostatique, les troubles du rythme ou de conduction, les rétrécissements aortiques serrés, les infarctus du myocarde et les embolies pulmonaires
- les causes **neurologiques** comme l'AVC aigu, la crise convulsive ou l'hématome sous-dural
- les causes **métaboliques** telles que l'hypoglycémie, l'hypercalcémie, la déshydratation
- les causes **médicamenteuses** comme la polymédication (>4 spécialités), les psychotropes, les anticholinergiques
- les causes **comportementales** et **environnementales** comme l'intoxication alcoolique, le port de chaussures inadaptées, les tapis mal fixés, le sol irrégulier, les sanitaires vétustes et inadaptés.

Les chutes résultent souvent de l'association de plusieurs de ces facteurs, mais la majorité d'entre elles n'ont pas de cause facilement identifiable. Le cumul de plusieurs causes conduit à franchir le seuil de défaillance provoquant la chute.

Des mesures standards de prévention des chutes ne paraissent pas réalistes : elles doivent toujours être personnalisées en tenant compte à la fois des dangers de l'environnement, des comportements et des capacités de réaction propre de la personne.

2.4.2. Les facteurs de risque les plus fréquents

2.4.2.1. La iatrogénie

En France, la iatrogénie représente 20% des hospitalisations des personnes âgées de plus de 80 ans. [26]

Elle peut être due à un excès de traitement, à un traitement inapproprié ou encore à une insuffisance de traitement.

La polymédication

L'ordonnance moyenne en France d'une personne âgée est composée de 5,1 médicaments par personne et par jour. Mais il est aussi fréquent de retrouver des ordonnances comportant 15 à 20 produits différents pour un même malade. Sans compter l'automédication ou les prescriptions faites par d'autres spécialistes, consultés parfois à l'insu du généraliste. [26] [27]

La prescription de médicaments aux sujets âgés est difficile du fait de l'absence d'étude, passé l'âge de 75 ans, et de la polyopathie.

Les connaissances pharmacologiques actuelles ne permettent pas de prévoir les interactions qui résultent de l'association de **plus de 4 molécules actives**. [28]

La polymédication est chez le sujet âgé habituelle et souvent légitime. Cependant il faut savoir réévaluer les indications de nos traitements, effectuer un tri dans l'ordonnance et l'expliquer au patient souvent très attaché à ses médicaments. [28] [29]

Des complications peuvent aussi survenir à l'occasion d'évènements intercurrents telles que la fièvre, la déshydratation, situation où il faudra penser à interrompre certains traitements.

Les psychotropes

Les médicaments psychotropes sont les anxiolytiques, les hypnotiques, les neuroleptiques et les antidépresseurs.

Une personne sur 2 de plus de 70 ans est traitée par psychotrope en France et 20% d'entre elles consomment des anxiolytiques et des hypnotiques de façon chronique. [30]

Les recommandations de l'AFSSAPS sont de privilégier les substances à demi-vie courte sans excéder une durée de traitement supérieure à 14 jours. Il est préconisé d'instaurer ces substances à demi posologie par rapport au sujet jeune. Il existe en effet un risque d'accumulation plasmatique pouvant entraîner une sédation diurne et des chutes.

Enfin il est déconseillé d'associer plus de 2 molécules psychoactives.

Il existe une surprescription délétère de neuroleptiques dans les troubles du comportement chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. [30]

2.4.2.2. La dénutrition

La dénutrition protéino-énergétique résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins de l'organisme. Ce déséquilibre entraîne des pertes tissulaires, musculaires et osseuses, aux conséquences fonctionnelles délétères.

4 à 10% des personnes âgées vivant à domicile sont dénutries. [31]

Le principal critère diagnostique de la dénutrition est l'albuminémie.

Albuminémie entre 30 et 35 g/l = DENUTRITION MODEREE

 < 30 g/l = DENUTRITION SEVERE

D'autres facteurs sont utilisés comme le poids. Une perte de poids supérieure ou égale à 5% en un mois ou 10% en 6 mois doit faire suspecter une dénutrition.

Il en est de même pour un indice de masse corporelle IMC < 20kg/m².

2.4.2.3. L'hypotension orthostatique

Elle est définie par une baisse de pression systolique d'au moins 20 mmHg et/ou une baisse de la pression diastolique d'au moins 10 mmHg dans les trois minutes suivant un passage de la position couchée ou assise à la position debout. [32]

Elle est multifactorielle. Peuvent être impliqués l'hypovolémie, l'insuffisance veineuse, le dysfonctionnement du système nerveux autonome, la désadaptation à l'effort, l'hypotension post-prandiale et la iatrogénie.

La iatrogénie est la première cause à rechercher. Outre les anti-hypertenseurs, il existe des vasodilatateurs cachés tels que les neuroleptiques, les antidépresseurs tricycliques, les anti-parkinsoniens et les alpha-bloquants de l'hypertrophie bénigne de prostate.

Pour tout traitement responsable, l'indication et la posologie devront être réévaluées.

2.4.2.4. Les facteurs de risques environnementaux

Les facteurs de risque environnementaux sont facilement réversibles à condition de les connaître. Les plus fréquemment rencontrés sont :

- le port de chaussures inadaptées ou usées à semelle glissante
- le port de vêtement trop long
- le mobilier inadapté, chaise instable, lit trop haut ou trop bas
- les obstacles au sol comme les tapis, les fils électriques, les revêtements de sol irréguliers
- les conditions locales dangereuses comme le mauvais éclairage, une baignoire glissante, des toilettes inadaptées. Il sera plus facile de les dépister lors des visites à domicile qu'en consultation au cabinet. [5] [25]

C'est pourquoi il peut être intéressant de se rendre au moins une fois après une chute chez la personne âgée pour l'aider elle et son entourage à modifier les installations ou à s'équiper d'éléments pratiques tels que une chaise garde-robe ou encore des barres murales dans la douche ou aux toilettes.

2.4.2.5. La dépression

Le diagnostic de dépression majeure dans le DSM-V, publiée en mai 2013 requiert la présence de cinq des neuf symptômes suivants pendant au moins deux semaines : humeur dépressive, perte d'intérêt ou de plaisir, perte ou gain de poids, insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement psychomoteur, fatigue, sentiment de culpabilité ou auto-dévalorisation, diminution de la capacité à se concentrer et idées suicidaires. Ces symptômes entraînent une souffrance clinique, une altération de la vie sociale ou professionnelle. Enfin ces symptômes ne doivent pas être dus aux effets d'un médicament ou d'une pathologie médicale.

Chez la personne âgée, le diagnostic est plus complexe. Le vieillissement normal est marqué par une crise d'identité : c'est faire le deuil d'une certaine image de soi. Souvent la reconnaissance du vieillissement se fait à l'occasion d'une perte irréversible comme la perte du conjoint ou du travail. Cela va entraîner une importante introspection. [33]

La tristesse n'est pas forcément un signe de dépression, elle peut être une réaction normale à une perte, situation courante chez le sujet âgé. Elle devient pathologique lorsqu'elle envahit totalement sa vie psychique.

L'angoisse de fin de vie peut être l'expression de la prise de conscience d'une mort prochaine et devient ainsi un événement personnel et non plus un destin général et abstrait.

Il est souvent difficile de faire le diagnostic car les plaintes du patient seront plutôt de l'ordre de difficultés à la concentration, de multiples problèmes somatiques.

Il a été créé des échelles d'évaluation de la dépression pouvant être utilisée en gériatrie.

La plus utilisée est l'échelle de dépression gériatrique à 15 items GDS-15. Elle peut être remplie par le patient ou par le médecin. Elle fournit d'importantes informations sur l'état psycho-affectif du patient et permet, combinée avec les critères cliniques de la DSM-V, d'établir un diagnostic de dépression.

La GDS n'a pas de validité chez les personnes présentant des troubles cognitifs.

C'est un excellent outil de suivi d'efficacité après la mise sous traitement antidépresseur.

(Figure 4)

1. Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	oui	non
2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?	oui	non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui	non
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	oui	non
5. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	oui	non
6. Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?	oui	non
7. Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ?	oui	non
8. Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ?	oui	non
9. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que de sortir ?	oui	non
10. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?	oui	non
11. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?	oui	non
12. Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ?	oui	non
13. Avez-vous beaucoup d'énergie ?	oui	non
14. Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ?	oui	non
15. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ?	oui	non
Compter 1 si la réponse est non aux questions : 1, 5, 7, 11, 13, et oui aux autres.		

Figure 4 : GDS 15 items

Sujet normal : score compris entre 1 et 5

Sujet moyennement déprimé : score entre 5 et 10

Sujet très déprimé : score entre 10 et 14

En pratique courante de médecine générale, un test court est utilisé, il s'agit du mini-GDS à 4 items. (Figure 5)

1- Vous sentez-vous souvent découragé et triste ?	oui	non
2- Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui	non
3- Etes-vous heureux la plupart du temps ?	oui	non
4- Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ?	oui	non

Figure 5 : Mini-GDS à 4 items

Il consiste à poser ces 4 questions au patient en lui précisant que pour y répondre il doit se restituer dans le temps qui précède, au mieux une semaine, et non pas dans la vie passée ou dans l'instant présent.

Si le score est supérieur ou égal à 1 il y a une très forte probabilité de dépression.

Ce test convient très bien en cas de syndrome dépressif sévère, notamment au cours de processus de deuil pathologique.

Dans les autres cas, il est intéressant d'utiliser une échelle plus sensible, un peu plus longue en 13 items, le QD₂A de Pichot. (Figure 6)

Elle est très utile lorsque le patient se présente pour une plainte mnésique. Elle permet de déterminer la part qu'occupe l'affect dépressif dans l'éventuel déficit cognitif.

Les sujets ayant un score >7 sont considérés comme dépressifs. Cette échelle ne doit pas être utilisée lorsque le Mini-Mental State MMS est inférieur à 15/30. (Annexe 2)

1- En ce moment ma vie me semble vide	Vrai	Faux
2- J'ai du mal à me débarrasser de mauvaises pensées qui me passent par la tête	Vrai	Faux
3- Je suis sans énergie	Vrai	Faux
4- Je me sens bloquée ou empêchée devant la moindre chose à faire	Vrai	Faux
5- Je suis déçue et dégoûtée par moi-même	Vrai	Faux
6- Je suis obligé de me forcer pour faire quoi que ce soit	Vrai	Faux
7- J'ai du mal à faire les choses que j'avais l'habitude de faire	Vrai	Faux
8- En ce moment je suis triste	Vrai	Faux
9- J'ai l'esprit moins clair que d'habitude	Vrai	Faux
10- J'aime moins qu'avant faire les choses qui me plaisent ou m'intéressent	Vrai	Faux
11- Ma mémoire me semble moins bonne que d'habitude	Vrai	Faux
12- Je suis sans espoir pour l'avenir	Vrai	Faux
13- En ce moment, je me sens moins heureux que la plupart des gens	Vrai	Faux

Figure 6 : Echelle QD₂A de Pichot

La dépression favorise les chutes.

Il est intéressant d'identifier la valeur du langage non-verbal de la chute, elle peut s'avérer être une véritable modalité suicidaire. [34]

La chute peut être l'expression d'un mal être dans un contexte de rupture ou d'abandon.

Jean-Christophe Monfort, lors de la conférence de consensus sur la « crise suicidaire » en octobre 2000 posait la question « Comment se suicider lorsqu'on a plus accès aux modes habituels de suicide ? Il reste la chute de sa hauteur. ».

La chute est donc aussi un symptôme avéré de dépression.

2.4.2.6. La diminution de l'acuité visuelle et l'hypoacousie

L'atteinte sensorielle lors du vieillissement rend les déplacements plus difficiles et augmente le risque de chute.

Chez le sujet âgé, il y a une diminution de l'acuité visuelle et de la sensibilité aux contrastes ainsi qu'un rétrécissement du champ visuel.

Certaines pathologies visuelles aggravent ces troubles et augmentent le risque de chute. C'est le cas de la cataracte qui provoque une sensibilité accrue à la lumière vive ; du glaucome qui réduit la vision périphérique et de la dégénérescence maculaire liée à l'âge DMLA qui réduit la vision centrale. [35]

Au niveau des oreilles, on observe une disparition progressive de cellules s'accompagnant d'une presbyacousie et d'une perte de la sensibilité vestibulaire.

De l'ensemble de ces troubles résulte une instabilité posturale et une majoration des troubles de l'équilibre et donc des chutes.

2.4.2.7. L'alcoolisme

En raison d'une plus faible tolérance à l'alcool due à l'âge, l'alcoolisme des personnes âgées est défini par la consommation de plus de 7 verres par semaines, soit 1 verre par jour (contre 3 verres par jour pour les sujets jeunes). [36] ; [37]

La consommation aiguë d'alcool a un effet direct sur le risque de survenue d'une chute, en perturbant l'équilibre et la marche ; tandis que la consommation chronique augmente le risque d'ostéoporose et de fracture.

L'alcool potentialise le risque de chute lié aux autres facteurs de risque.

Sa consommation aggrave les dysfonctionnements neurosensoriels et perturbe donc l'équilibre et la marche.

Elle peut accroître une dénutrition par les carences en vitamine B12 et folates qu'elle induit.

Elle potentialise les effets thérapeutiques des traitements et entraîne l'apparition d'effets indésirables. Mélangé aux psychotropes, elle amplifie les effets inhibiteurs de ces molécules.

L'alcoolisme des personnes âgées est un sujet méconnu, mal étudié et sous-estimé. Quelques études ont été menées comme aux Etats-Unis en 2003 par l'American Geriatric Society.

La prévalence des hospitalisations dues à l'alcool a augmenté de 50% entre 1990 et 2000.

Les deux principaux symptômes d'appel sont la chute 42% et la confusion 14%.

2.5. Les conséquences de la chute

Facteur de risque important de fragilité, la chute avec blessure est un des principaux diagnostics associés à la survenue d'une incapacité et à une entrée dans la dépendance.

Il est établi que le risque de récurrence après une chute est multiplié par 20 à la suite du premier épisode. [18]

La chute entraîne des conséquences traumatiques diverses telles que les contusions, les hématomes, les plaies, les luxations, les fractures.

La fracture de l'extrémité supérieure du fémur concerne environ 1% des chutes. 50% des patients autonomes avant la fracture sont institutionnalisés ou ont besoin d'une aide quotidienne dans l'année qui suit. On compte même 10 à 20% de décès dans la première année, essentiellement liés au terrain. [38]

Certaines complications sont plus difficiles à diagnostiquer comme les fractures engrenées du col fémoral ou les hématomes intracrâniens.

Des complications spécifiques peuvent survenir après un séjour au sol prolongé. Ce sont la rhabdomyolyse, l'hypothermie, la déshydratation, les escarres.

La rhabdomyolyse est un syndrome clinico-biologique lié à la destruction des fibres musculaires squelettiques dont le contenu est libéré dans le secteur circulant et les liquides extracellulaires.

Elle peut entraîner, proportionnellement à l'importance de la lyse musculaire, une élévation des CPK, une hyperkaliémie, une hypocalcémie, une insuffisance rénale aiguë par hypovolémie et précipitation de myoglobine dans les tubules et même une CIVD.

Il est préférable qu'après un séjour au sol supérieur à 2h le patient soit transféré dans un service de soin pour bilan biologique et réhydratation.

La chute entraîne aussi des conséquences psychologiques lourdes. De la peur de tomber à l'anxiété majeure conduisant à un refus de verticalisation et à une perte de confiance en soi, on retrouve souvent un syndrome dépressif réactionnel avec replis sur soi. C'est alors le début d'une perte de l'indépendance fonctionnelle pour les actes de la vie quotidienne.

Le syndrome postchute est l'une des conséquences les plus graves.

La chute est à l'origine d'une sidération des automatismes qui entraîne une perte des réactions d'adaptation posturale, avec difficulté à se maintenir debout.

Ce syndrome associe une composante motrice, la rétropulsion, rendant impossible la station debout sans aide humaine. La marche se fait alors à petit pas avec appui talonnier, élargissement du polygone de sustentation, flexion des genoux et absence du déroulement du pied au sol.

On retrouve aussi une composante psychologique avec peur du vide antérieur voire parfois une phobie de la verticalisation. (Figure 6)

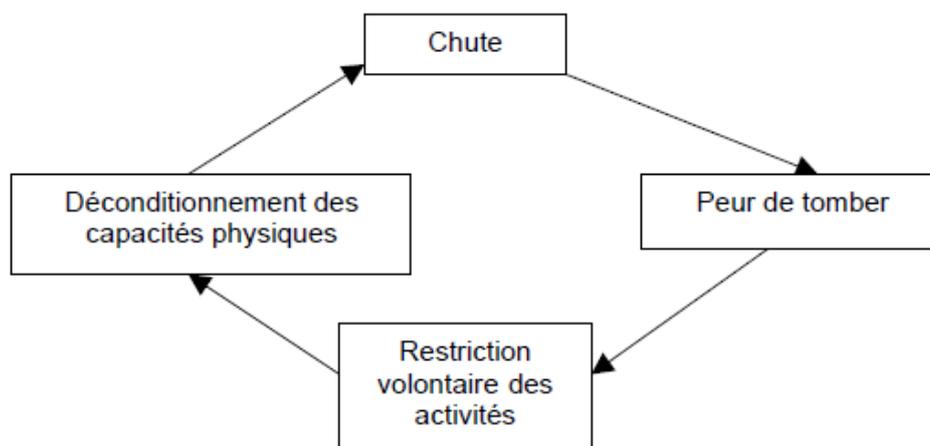


Figure 7 : Syndrome post-chute

Il s'agit d'une urgence gériatrique nécessitant une prise en charge multidisciplinaire précoce pour éviter la grabatisation, notamment à l'aide d'une rééducation fonctionnelle et d'une psychothérapie.

Malgré ces conséquences dramatiques, la chute est encore banalisée par les patients et ne représente pas un motif de consultation très fréquent. Souvent les médecins généralistes en ignorent même l'existence. Les patients préfèrent ne pas en parler par crainte de voir leur indépendance menacée.

2.6. Le rôle du médecin généraliste

La chute n'est pas une fatalité. C'est un symptôme qui doit pousser le médecin généraliste à mener une enquête étiologique.

Il se doit de repérer de façon précoce les sujets à risque de perte d'autonomie et d'identifier des facteurs de vulnérabilité et/ou précipitant modifiables.

Plus de 11% de ces chutes ne sont pas déclarées au généraliste, par négligence ou peur de voir son indépendance menacée, c'est pourquoi il est important de l'aborder à chaque consultation.

Pour effectuer ce repérage, il doit connaître les facteurs de risque de chute. Il peut aussi avoir besoin d'outil simple et reproductible tels qu'un questionnaire, des tests cliniques.

Quand le chuteur présente de nombreux facteurs de risque qu'il est difficile de corriger, il doit savoir l'adresser pour une prise en charge spécialisée précoce afin d'éviter le plus possible le passage à la dépendance.

Il est au plus près des besoins de la personne âgée qu'il connaît souvent de longue date et qu'il visite à domicile. Son lien relationnel avec elle peut faciliter sa motivation pour changer certains comportements ou suivre des conseils d'alimentation ou d'activité physique. Il dialogue aussi avec la famille qu'il doit convaincre de ne pas surprotéger le patient afin d'éviter les récurrences ou même un syndrome de glissement.

3. Méthodes

3.1. Schéma de l'étude

Une étude épidémiologique descriptive rétrospective a été réalisée. L'inclusion s'est faite sur 2 mois, du 4 décembre 2014 au 4 février 2015, temps laissé aux médecins généralistes pour répondre et renvoyer le questionnaire.

Il leur était demandé de remplir le questionnaire par rapport au dernier patient vu, de plus de 65 ans ayant chuté au moins une fois dans l'année et vivant à domicile.

3.2. La population

Le Limousin comportait, en 2014, 1171 médecins généralistes.

Pour obtenir les coordonnées fiables de ces médecins, j'ai fait appel à l'Union Régionale des Médecins Généralistes (URML). Elle possédait un listing regroupant 815 médecins généralistes.

Pour entrer en contact avec nos confrères, plusieurs choix s'offraient à nous : l'envoi de lettre avec enveloppe réponse, l'appel téléphonique ou l'envoi d'e-mail.

L'URML détenait l'adresse mail de 384 d'entre eux.

Après réflexion, sur l'évolution des modes de communication et l'informatisation de la plupart des cabinets de médecine générale, nous avons donc décidé de diffuser mon questionnaire par email. Les avantages de cette technique étaient sa rapidité de mise en œuvre et de retour des réponses ainsi que son coût. Son principal défaut était une moins grande diffusion du questionnaire par absence d'adresse mail pour certains médecins.

Au total, 384 médecins exerçant la médecine générale en libéral dans la région du Limousin ont été inclus à l'étude soit 236 en Haute-Vienne, 95 en Corrèze et 53 en Creuse.

L'étude concernait leurs patients âgés de plus de 65 ans, selon la définition du sujet âgé par l'OMS, ayant chuté au moins une fois dans l'année passée.

Nous avons souhaité restreindre l'enquête aux personnes vivant à domicile, autonomes mais à risque de fragilité après la chute.

3.3. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude est de déterminer quels sont les facteurs de risque les plus fréquemment retrouvés après la chute d'une personne âgée de plus de 65 ans, par les médecins généralistes du Limousin.

L'objectif secondaire de l'étude était d'identifier les facteurs de risque de chute mal recherchés ou non connus par les médecins généralistes.

3.4. Réalisation du questionnaire

Cet outil a été créé après avoir réalisé une revue de la littérature. (Annexe 3)

Les recherches bibliographiques ont été effectuées sur internet, sur Medline de 1988 à aujourd'hui. Les principaux mots-clefs utilisés étaient fall (chute), elderly (personne âgée), risk factors (facteurs de risque), assessment (évaluation).

Les études utilisées ont été celles portant sur les facteurs de risque de chute, la prévention des chutes et les recommandations dans la prise en charge des chutes.

Ce questionnaire se base essentiellement sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé HAS (novembre 2005), de la Société française de Gériatrie, de l'American Geriatrics Society, de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé INPES, de l'Institut de Veille Sanitaire InVS,

Le choix des facteurs de risque composant le questionnaire s'est fait selon 3 critères :

- si la corrélation entre le facteur de risque et la chute a été démontrée
 - si la correction de ce facteur de risque est associée à une réduction du risque de chute.
 - le niveau de preuve des recommandations selon l'Evidence Based-Medicine (EBM).
- [39]

Définition des niveaux de preuves de l'EBM :

Le **grade 1** concerne :

- les études randomisées et contrôlées
- les méta-analyses
- les revues systématiques de la littérature

Le **grade 2** concerne :

- les conférences de consensus
- les guides de pratique
- les études autres que les études randomisées et contrôlées

Le **grade 3** concerne :

- les avis d'expert

Voici un classement des facteurs de risque selon leur niveau de preuve.

Grade 1 :

- la iatrogénie et la polymédication supérieure à 4 molécules
- la prise de psychotrope
- les facteurs de risque environnementaux

Grade 2 :

- l'hypotension orthostatique
- la dépression
- la dénutrition
- la diminution de l'acuité visuelle

Grade 3 :

- l'alcoolisme
- l'hypoacousie

Le questionnaire était composé de questions binaires ou à choix multiples, auxquelles le médecin répondait en fonction des connaissances du dossier de son patient.

Toutes les données bibliographiques ont été sauvegardées et organisées à l'aide du logiciel de gestion de référence Zotero.

3.5. Recueil des données

Le recueil des données a été effectué à l'aide d'un questionnaire adressé par e-mail aux médecins généralistes du Limousin inclus dans l'étude.

L'envoi du mail a été effectué le 4 décembre 2014, à partir de la base de donnée de l'URML. Ces données étant confidentielles, l'envoi a été réalisé en groupe et nous n'avons donc pas conservé les adresses e-mail personnelles de chacun des médecins.

Le mail reçu par les médecins généralistes comportait le questionnaire ainsi qu'une lettre expliquant le but de l'étude et les modalités de réponse au questionnaire.

Le questionnaire a été réalisé à l'aide du programme Google doc. Les réponses ont été récoltées de manière anonyme. (Annexe questionnaire)

3.6. Analyse des données

La date limite de retour de réponse au questionnaire a été fixé au 4 février 2015, soit 2 mois après l'envoi de l'e-mail.

5 médecins n'ont pas participé à l'étude car ils ne pratiquaient pas la médecine générale. Il s'agissait de deux angiologues, un homéopathe, un nutritionniste et un médecin du sport.

3.7. L'analyse statistique

Ce recueil de données a permis une analyse statistique descriptive de la population.

Les données ont été présentées sous forme de tableur pour l'analyse des résultats.

4. Résultats

Au total, sur 384 questionnaires envoyés, 83 ont été récoltés et tous étaient exploitables, soit une participation de 21,61%.

Sur 83 patients étudiés, 54 étaient des femmes, soit 65% des chuteurs.

Hormis 4 patients (5%), tous les chuteurs cumulaient plusieurs facteurs de risque de chute.

- 8,5% : \leq 1 ou 2 facteurs de risque de chute.
- 52% : entre 3 et 5 facteurs de risque.
- 37% : entre 6 et 8 facteurs de risque.
- 2,5% : 9 facteurs de risque.

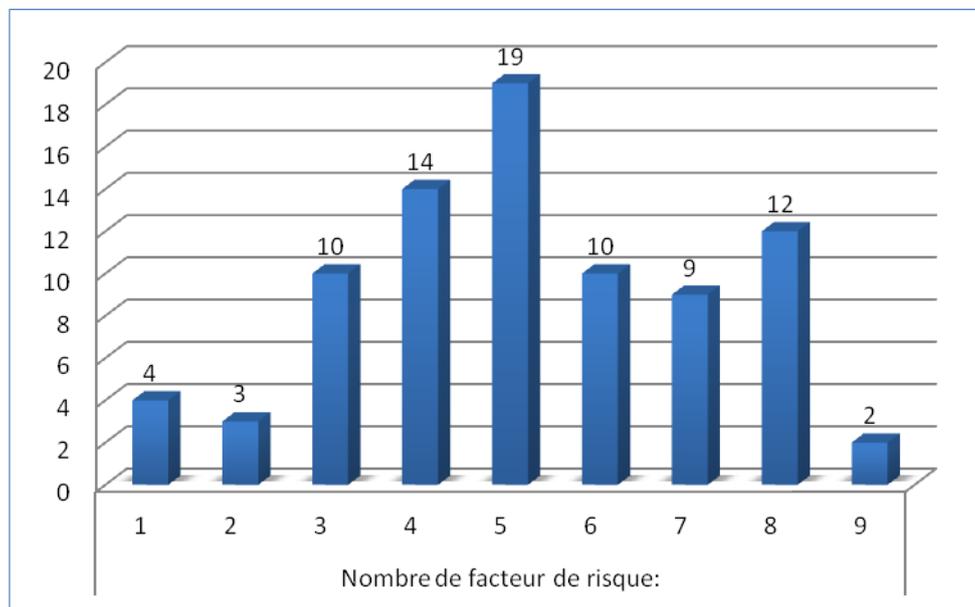


Figure 8 : Nombre de facteurs de risque par patient

4.1. Nombre de médicament sur l'ordonnance

Sur les 83 patients, 21 patients soit 25% prenaient moins de 5 médicaments par jour.

54 patients (64%) en consommaient entre 5 et 10 par jour.

9 patients (11%) en prenaient plus de 10 par jour.

Nous avons donc compté 75% de patients polymédiqués avec une consommation supérieure à 5 médicaments par jour.

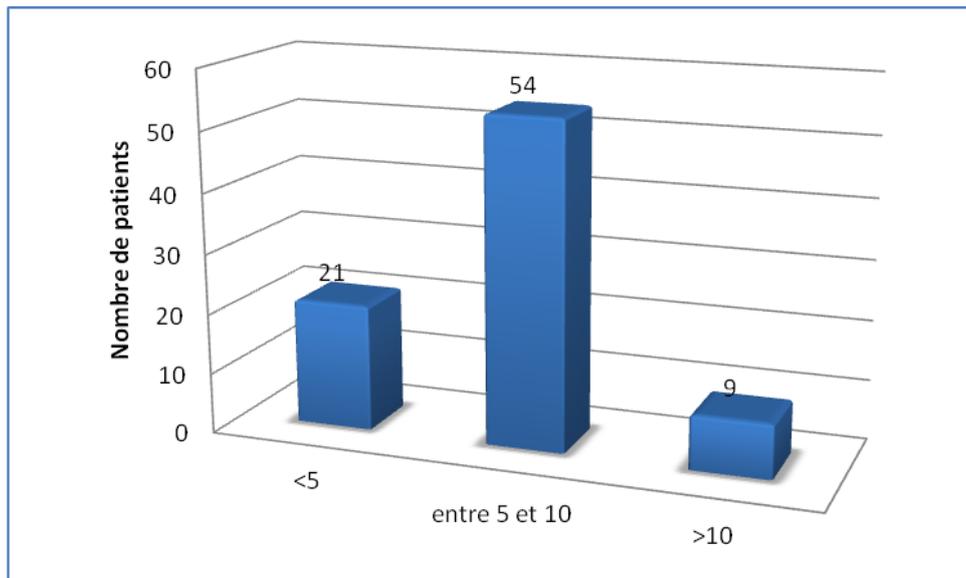


Figure 9 : Nombre de médicaments

4.2. Le syndrome dépressif

43 patients chuteurs sur 83 (52%) présentaient un syndrome dépressif.

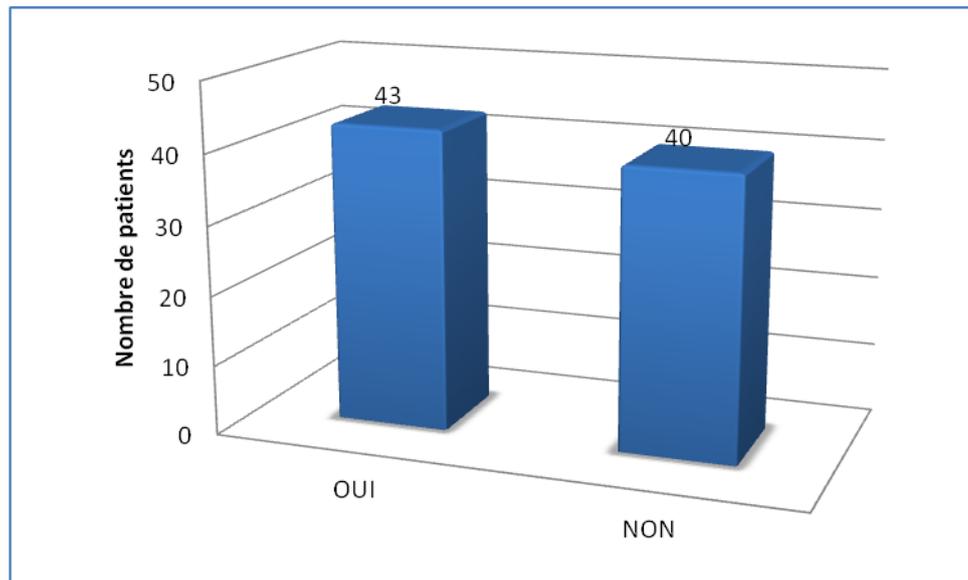


Figure 10 : Syndrome dépressif

Dans 74% des cas il s'agissait de femme.

Sur l'ensemble des chuteurs dépressifs, 84% étaient polymédiqués avec une consommation de plus de 5 molécules par jour.

88% des patients dépressifs étaient traités par psychotropes.

49% des patients dépressifs présentaient également des troubles cognitifs.

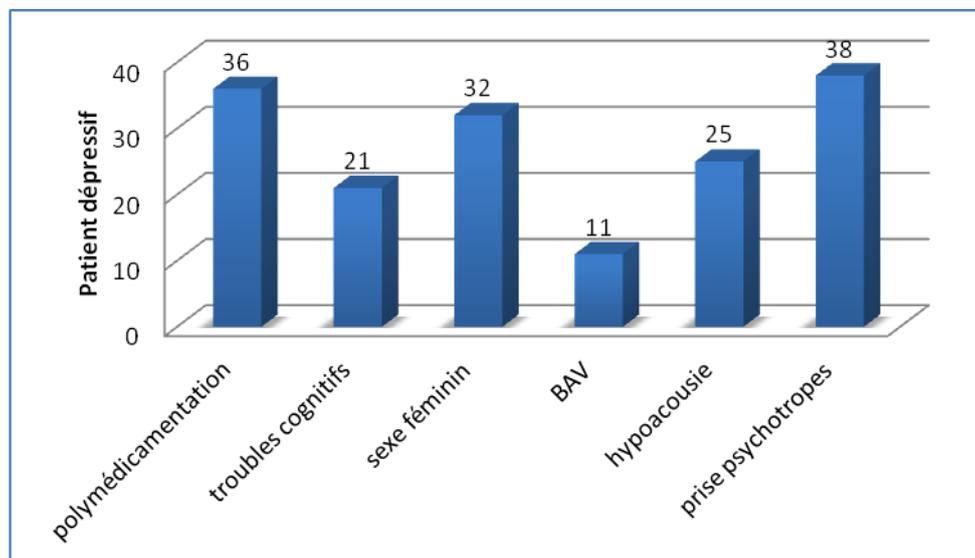


Figure 11 : Facteurs de risque de chute associés au syndrome dépressif

39,5% présentaient aussi une hypotension orthostatique.

4.3. La prise de psychotrope

44 patients (53%) étaient traités par médicaments psychotropes.

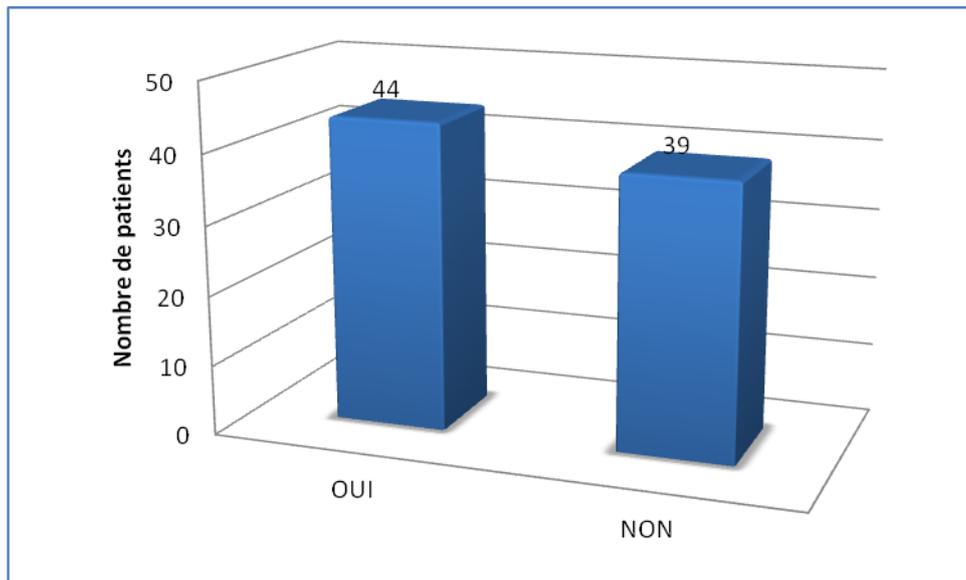


Figure 12 : Prise de psychotrope

11% des patients qui étaient traités par psychotropes ne présentaient pas de syndrome dépressif.

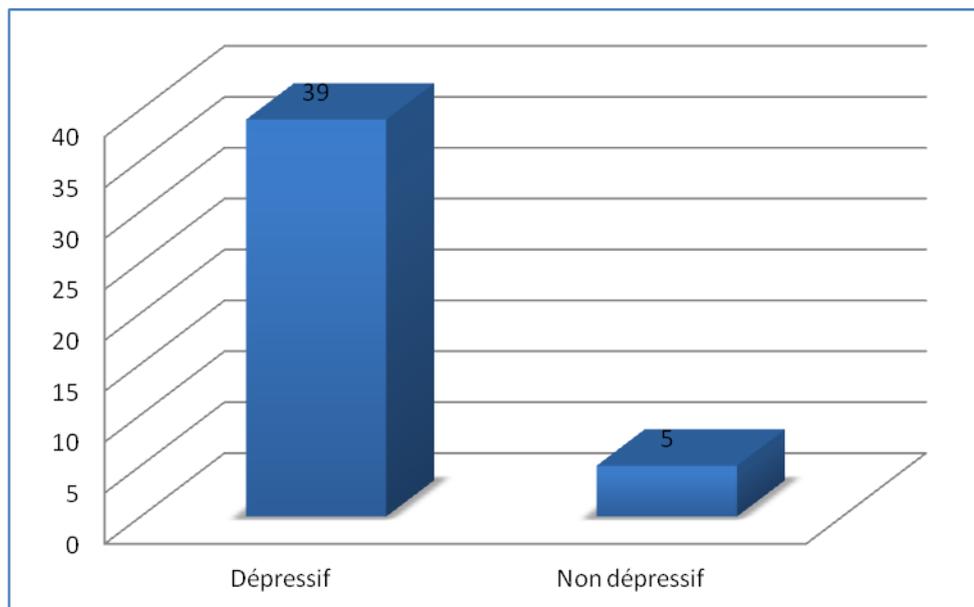


Figure 13: Les consommateurs de psychotropes et les patients dépressifs

4.4. L'albuminémie

La plus grande partie des patients, 31 sur 83 soit 37%, présentaient une dénutrition modérée avec une albuminémie entre 30 et 35g/L.

5 patients (6%) étaient très dénutris avec une albuminémie <30g/L.

23 patients (28%) avaient une albuminémie normale >35g/l.

Cependant, pour 24 patients soit 29% d'entre eux l'albuminémie était non connue par le médecin.

Sur 59 patients, pour qui l'albuminémie était connue, 36 chuteurs (61%) étaient dénutris.

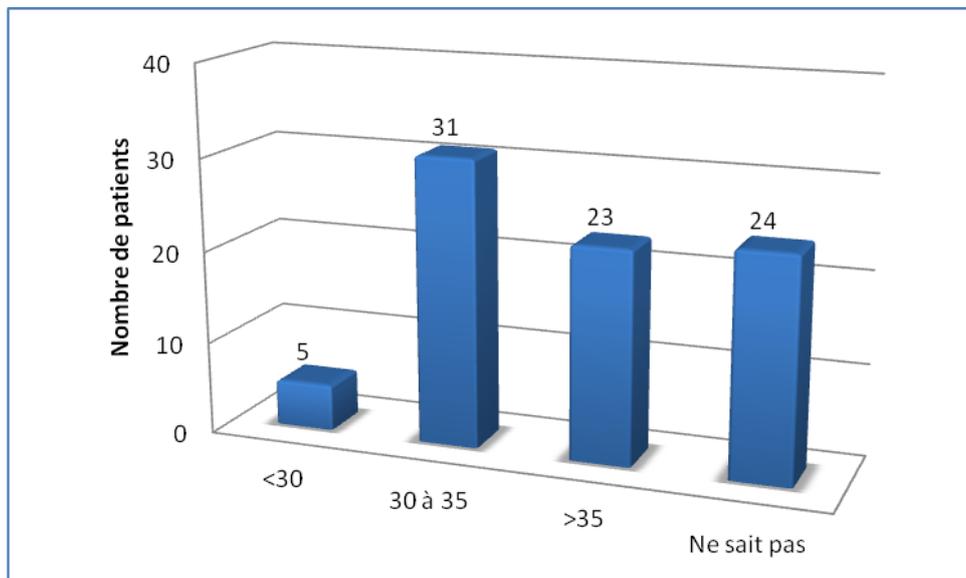


Figure 14 : Albuminémie

Parmi les 36 patients dénutris, dont l'albuminémie était inférieure à 35g/L, 29 étaient polymédiqués, soit 80,5%.

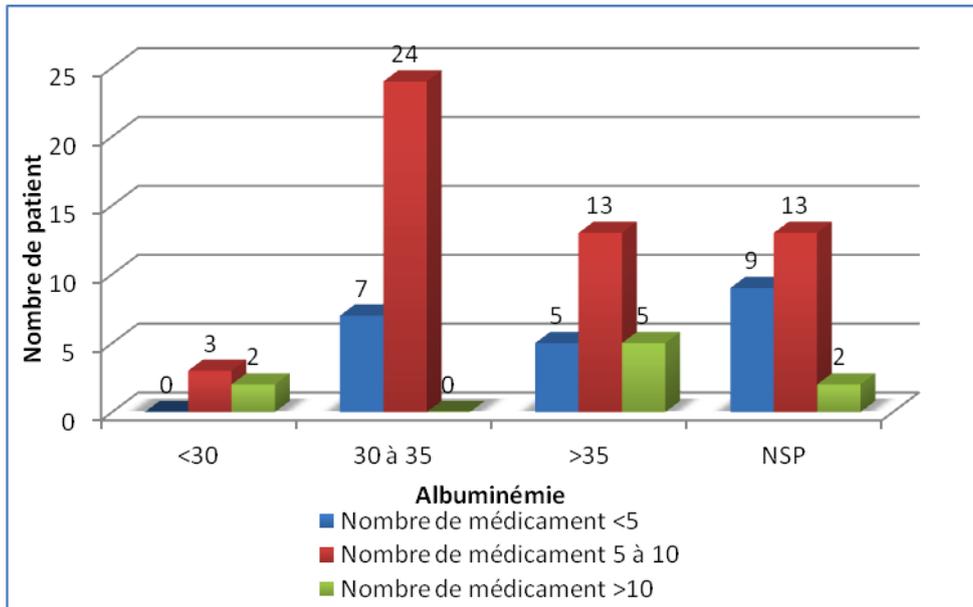


Figure 15 : Dénutrition et polymédication

4.5. La baisse d'acuité visuelle

42 patients (51%) présentaient une baisse de l'acuité visuelle, dont 19 patients (23%) pour lesquels elle était corrigée.

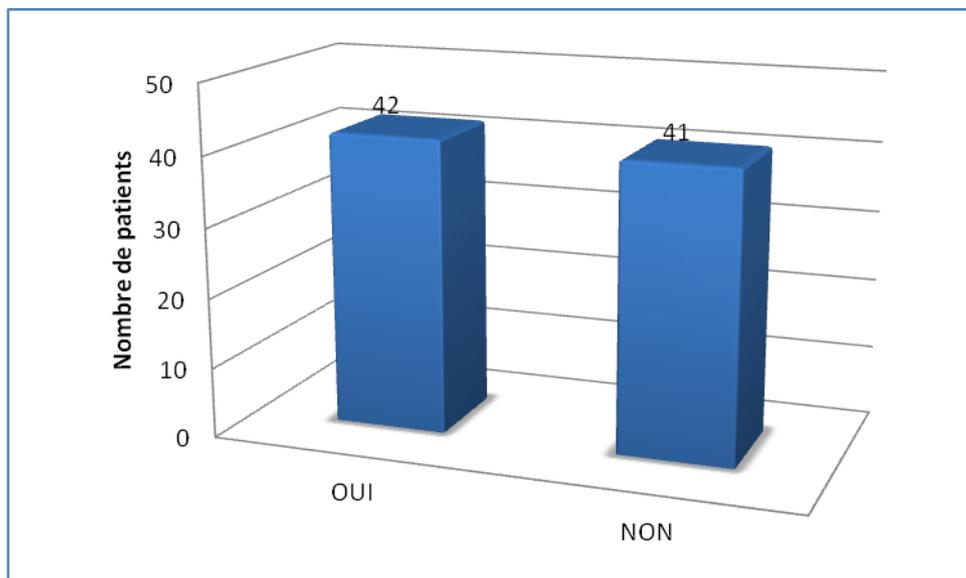


Figure 16 : Baisse acuité visuelle

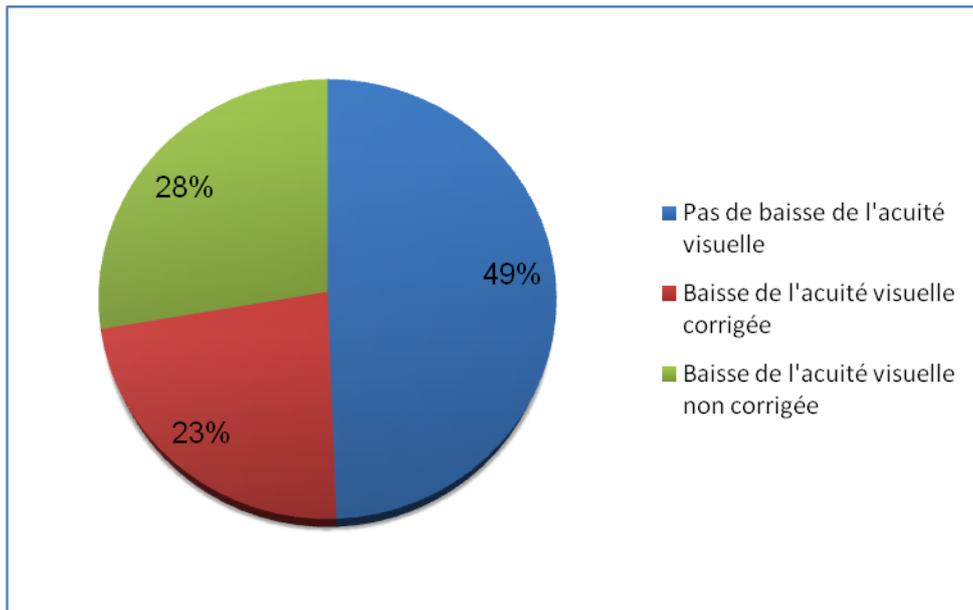


Figure 17 : Baisse de l'acuité visuelle

4.6. L'hypoacousie

50 patients (60%) présentaient une hypoacousie.

Elle n'était corrigée que pour 2 d'entre eux (2%).

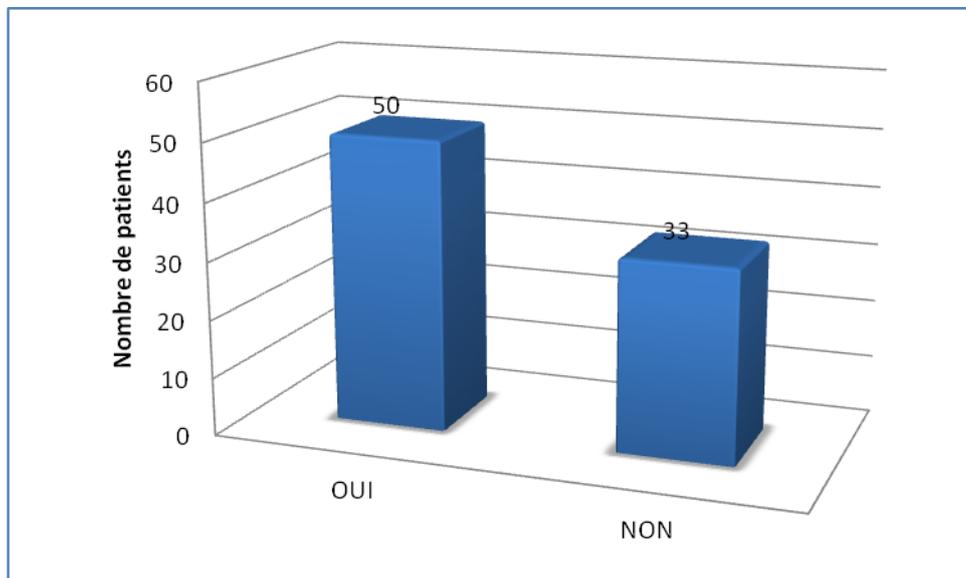


Figure 18 : Hypoacousie

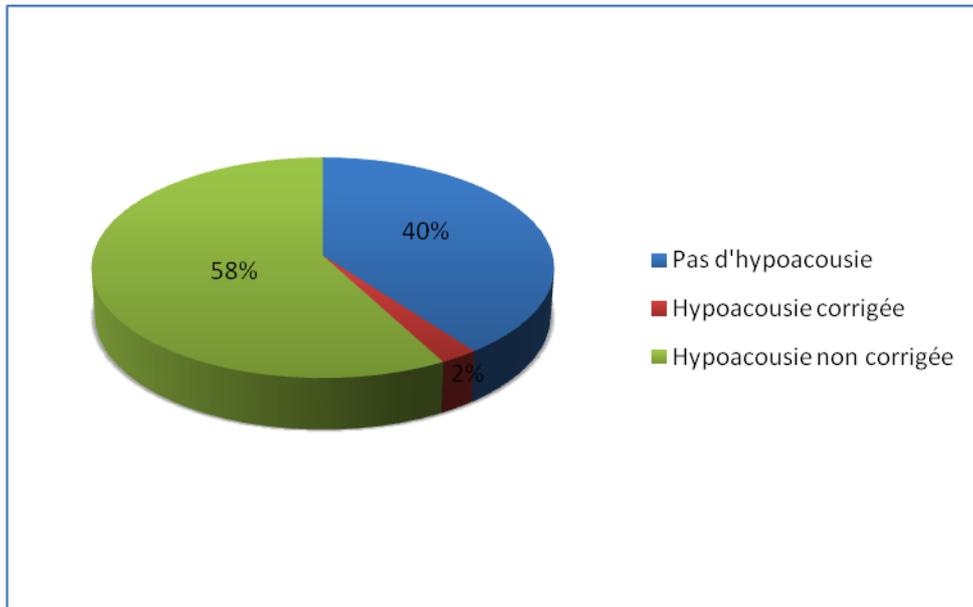


Figure 19 : Hypoacousie

Dans 30% des cas, le chuteur présentait aussi une baisse de l'acuité visuelle.

4.7. Les troubles cognitifs

L'existence de troubles cognitifs concernait 32 patients soit 39%.

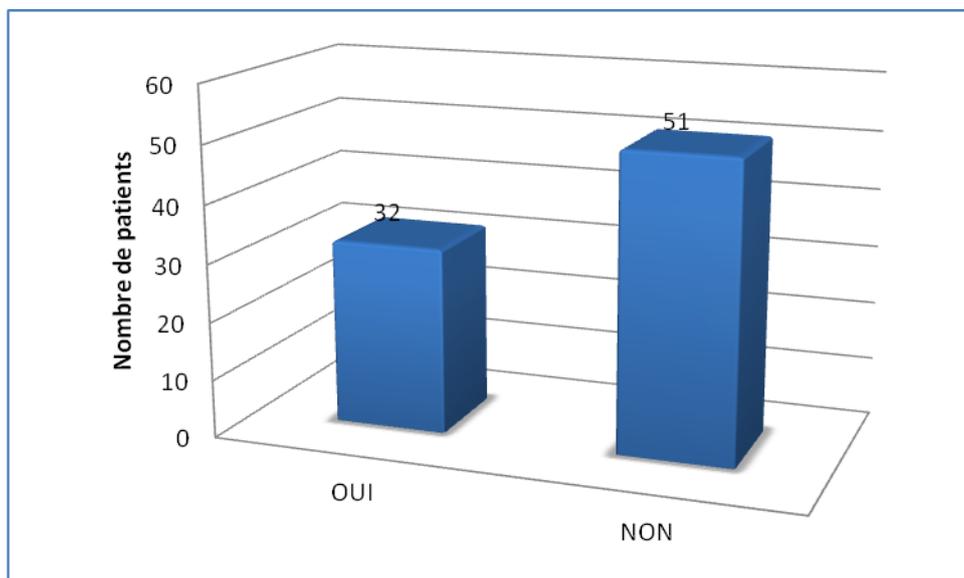


Figure 20 : Troubles cognitifs

81% des ces patients étaient polymédiqués.

Sur ces 32 patients, l'albuminémie était connue pour 22 d'entre eux, et il apparaît que 73% était dénutris.

49% présentaient un syndrome dépressif et 62,5% étaient traités par psychotrope.

20 patients présentant des troubles cognitifs souffraient aussi d'une hypoacousie non-corrigée, soit 62,5%. Seulement 1 de ces patients bénéficiaient d'un appareillage auditif.

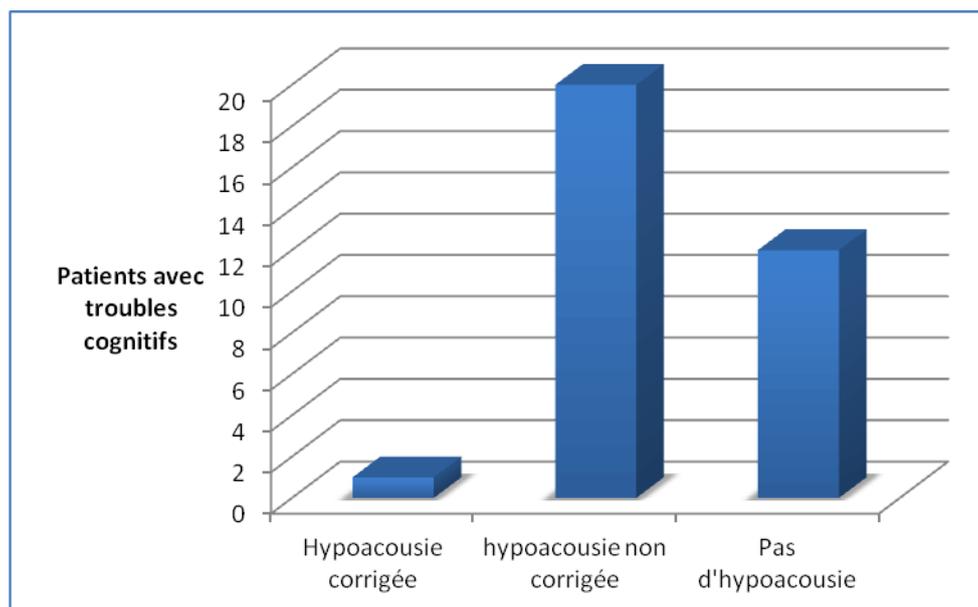


Figure 21 : Troubles cognitifs et hypoacousie

8 patients ayant des troubles cognitifs présentaient aussi une baisse de l'acuité visuelle non-corrigée (25%) contre 9 qui bénéficiaient d'une correction visuelle (28%).

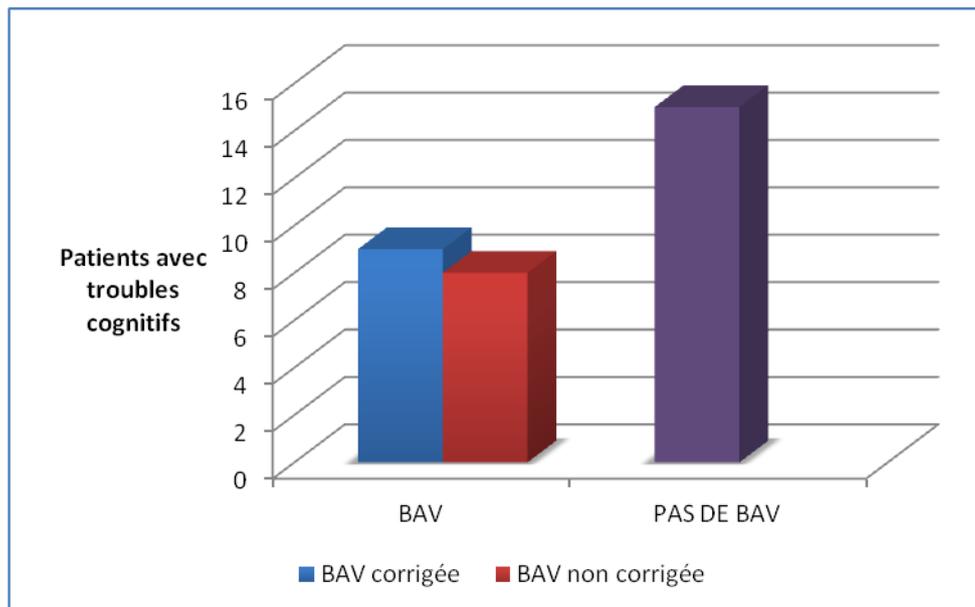


Figure 22 : Troubles cognitifs et baisse de l'acuité visuelle (BAV)

4.8. La présence de tapis

44 chuteurs (53%) possédaient des tapis dans leur habitat.

Dans 6% des cas, le médecin ignorait cet élément.

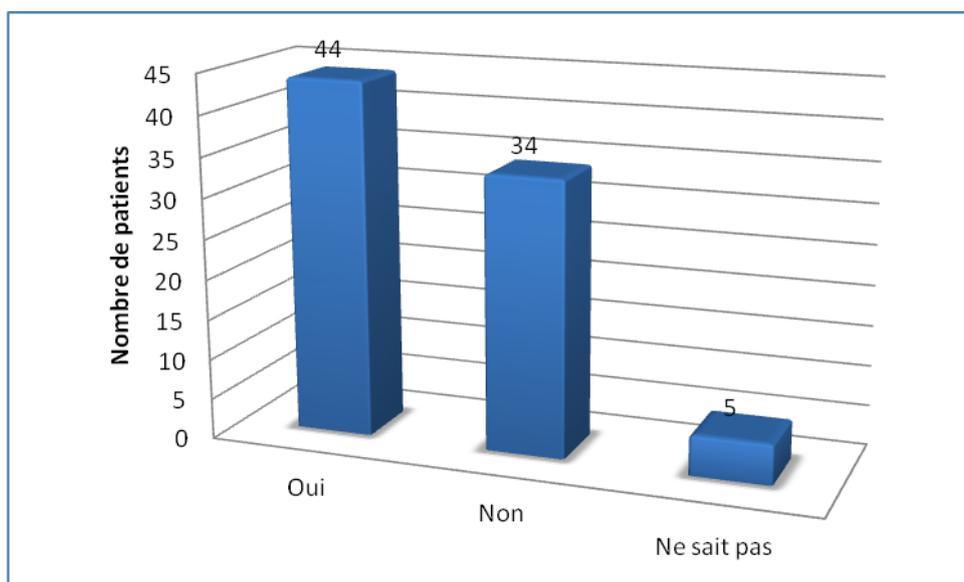


Figure 23 : Présence de tapis

4.9. L'aménagement des sanitaires

Les sanitaires (toilettes, salle de bain) n'étaient pas aménagés chez 45 patients soit 54% des foyers.

Dans 7% des cas, le médecin n'avait pas pris connaissance de ce critère.

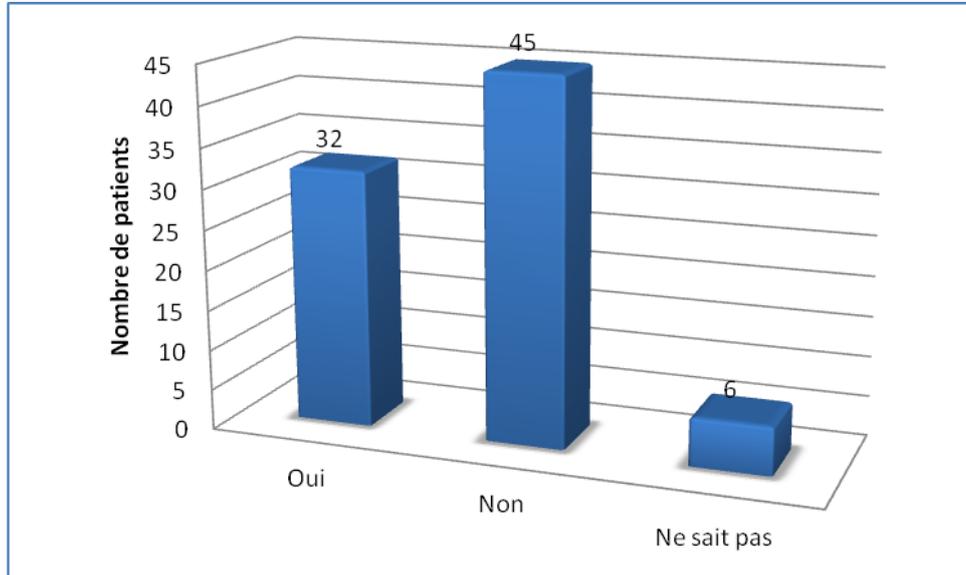


Figure 24 : Sanitaires aménagées

Pour 26 patients chuteurs, soit 31%, il n'y avait aucune adaptation de l'habitat puisqu'ils possédaient des tapis et que leurs sanitaires n'étaient pas adaptés.

4.10. L'hypotension orthostatique

26 patients chuteurs (31%) présentaient une hypotension orthostatique.

Dans 12% des cas, elle n'avait pas été recherchée par le médecin.

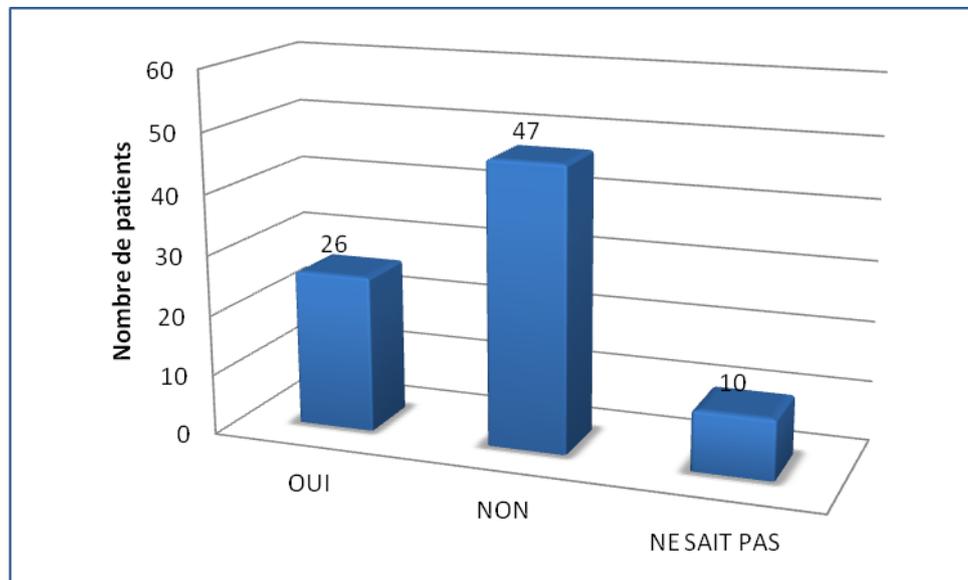


Figure 25 : Hypotension orthostatique

11 patients chuteurs présentant une hypotension orthostatique étaient dénutris modérément (albuminémie comprise entre 30 et 35g/l), soit 44%.

6 patients (12%) présentaient une dénutrition sévère associée.

Pour 5 d'entre eux, soit 20%, le médecin ignorait leur état nutritionnel.

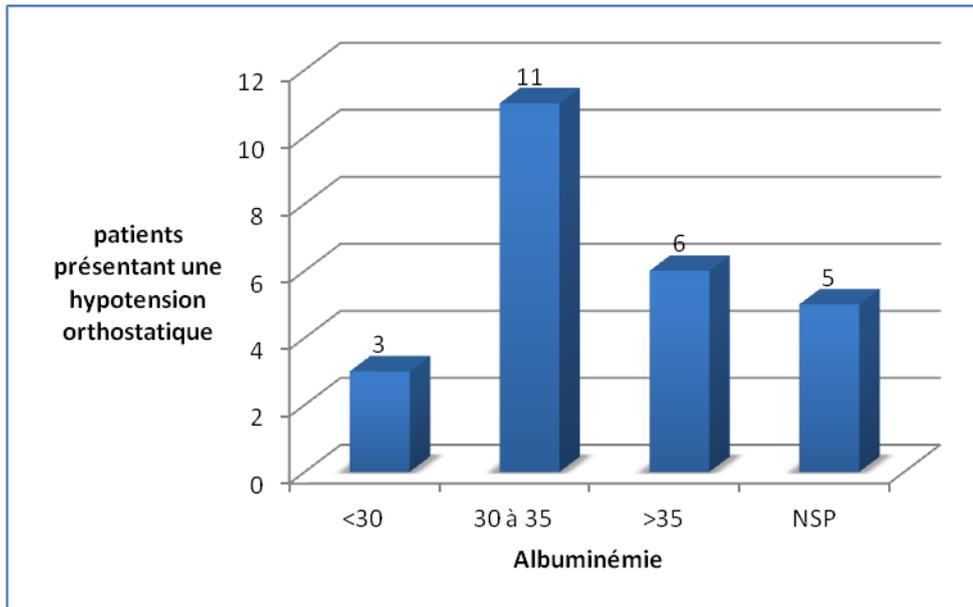


Figure 26 : Hypotension orthostatique et dénutrition

On constate que parmi les patients présentant une hypotension orthostatique, 17 prenaient entre 5 et 10 médicaments par jour (68%) et 5 plus de 10 médicaments par jour (20%).

Au total, 88% des chuteurs présentant une hypotension orthostatique étaient polymédiqués avec plus de 5 médicaments par jour.

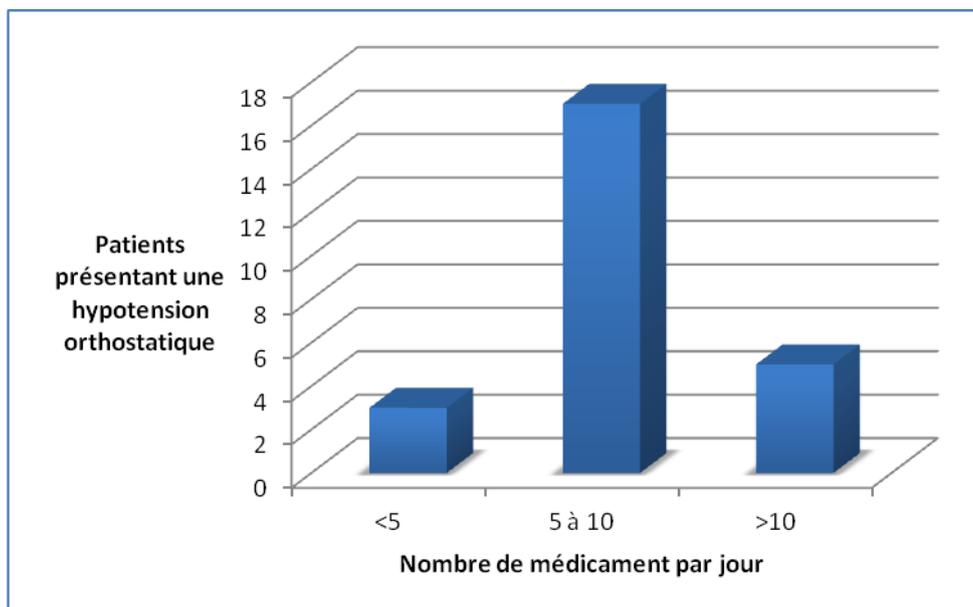


Figure 27 : Hypotension orthostatique et iatrogénie

56% des patients présentant une hypotension orthostatique consommaient des psychotropes.

4.11. L'alcoolisme

3 patients (4%) ont été déclarés alcooliques.

Il s'agissait de 3 hommes.

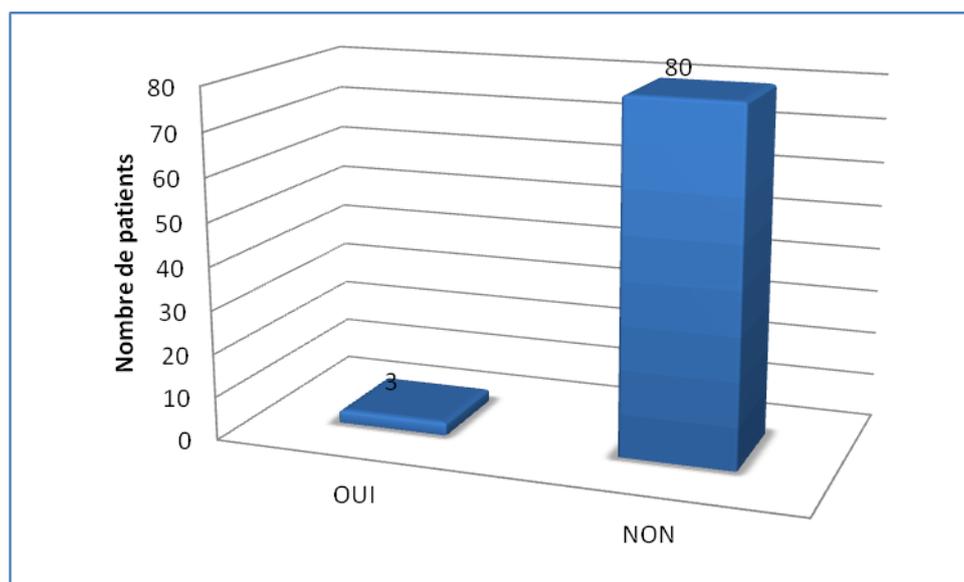


Figure 28 : Alcoolisme

Ces 3 patients étaient aussi traités par psychotropes. 2 patients sur 3 étaient dépressifs.

2 patients sur 3 avaient une albuminémie comprises entre 30 et 35g/L, et le troisième avait une albuminémie inférieure à 30g/L.

Les 3 patients avaient une ordonnance qui comportait entre 5 et 10 médicaments.

1 patient présentait une hypotension orthostatique.

5. Discussion

5.1. L'étude

5.1.1. Les points positifs

L'étude s'intéressait aux personnes âgées de plus de 65 ans vivant à domicile, dans le Limousin. Dans cette région, la part de cette population représente 25% des habitants, tandis qu'en France en moyenne elle n'est que de 17%. C'est pour cela que le Limousin est un bon observatoire pour l'étude de la prise en charge des sujets âgés.

Comme dans de nombreuses études [4] [12] [18], nous retrouvons que les femmes sont 2 fois plus nombreuses à chuter que les hommes.

Nous pouvons donc dire que la population de l'étude est tout à fait représentative de la population générale des sujets âgés.

Notre étude a permis d'identifier les principaux facteurs de risque de chute chez les sujets âgés vivant à domicile, en Limousin. Nous avons pu mettre en évidence 3 grands facteurs que sont la iatrogénie, la dénutrition et les déficits neurosensoriels non corrigés. Ces 3 critères étaient bien décrits comme majeurs dans la littérature [18] [25]. Nous avons donc répondu à l'objectif principal de ce travail, qui était la détermination des facteurs de risque les plus fréquemment retrouvés après la chute d'une personne âgée de plus de 65 ans, par les médecins généralistes du Limousin.

Elle a permis de susciter l'intérêt des médecins généralistes sur la chute des personnes âgées à domicile et sur ses facteurs de risque qu'ils ne connaissaient peut être pas tous. Nous espérons qu'ils penseront plus à l'intégrer à leur interrogatoire, car il est rare que les patients en parlent d'eux même.

5.1.2. Les points faibles

Il s'agit d'une étude à faible niveau de preuve car d'une part elle est basée sur une faible population, seulement 83 questionnaires récoltés sur 384 envoyés par mail et d'autre part elle n'est que descriptive.

Nous pouvons nous interroger sur les raisons de la faible participation à ce travail, qui a été de 21,6% de réponse.

Le mode de diffusion du questionnaire par email n'était-il pas adapté ?

Les médecins n'en ont pas l'habitude et ne consultent peut être pas régulièrement leur boîte de réception. Ils craignent peut être un manque d'anonymat.

Certains médecins n'ont peut être pas d'accès internet dans leur cabinet. Ils consultent leurs emails à leur domicile, mais ne sont pas à proximité de leurs dossiers médicaux pour répondre correctement aux études. De plus il s'agit d'une étude rétrospective qui demande aux médecins de faire appel à leur mémoire. Une étude prospective aurait peut-être été plus adaptée et plus attractive pour les répondants.

Enfin, il peut exister un biais de déclaration, puisque les réponses des médecins reposent sur leur interprétation des questions et leur capacité à y répondre.

5.2. Les résultats

5.2.1. Les facteurs de risque de chute

La chute après 65 ans est un problème touchant deux fois plus les femmes que les hommes.

Les facteurs de risque les plus souvent retrouvés sont la polymédication dans 75% des cas, la dénutrition dans 61% des cas et l'hypoacousie dans 60% des cas. Il s'agit des facteurs de risque précipitant les plus couramment décrit [20].

Dans un peu plus de la moitié des cas, nous retrouvions le syndrome dépressif (52%), la prise de psychotropes (53%), l'absence d'adaptation de l'habitat (54%) et la baisse de l'acuité visuelle (51%). Cette faible représentativité pourrait permettre de placer ces facteurs de risque au second plan, mais la puissance de cette étude est insuffisante pour en tirer de telle conclusion.

La chute du sujet âgé est un processus multifactoriel. Dans cette étude, nous avons observé que 63% des chuteurs cumulaient au moins 5 facteurs de risque de chute.

Le risque de chuter durant l'année augmente de façon linéaire avec le nombre de facteurs de risque, de 8% sans facteur de risque à 78% pour 4 facteurs de risque ou davantage. [40]

Les facteurs de risque de chutes décrits ici appartiennent aussi au cercle de la fragilité (figure 2). Celle-ci est un état de prédépendance liée à une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Certains facteurs de risque de chute sont aussi des critères de fragilité. C'est le cas pour la dénutrition, la polymédication, le syndrome dépressif, la démence. Les 63% de patients de notre étude, qui cumulaient au moins 5 facteurs de risque de chute, peuvent donc être considérés comme fragiles.

Or le concept de fragilité est réversible [6] [11]. Par la connaissance des facteurs de risque de chute, il est possible d'éviter au patient une décompensation et une entrée dans la dépendance, irréversible.

La plupart de ces facteurs peuvent être corrigés, d'où l'importance qu'ils soient bien connus et recherchés par le médecin.

La réponse « ne sait pas » était disponible pour les questions portant sur l'albuminémie, l'hypotension orthostatique et l'aménagement de l'habitat.

Dans 29% des cas les médecins ignoraient l'état nutritionnel de leur patient. L'albuminémie n'est peut être pas recherchée en pratique courante lorsque les patients ne sont pas maigre. Il est possible que nos confrères se basent plutôt sur l'IMC. En demandant le poids des patients, nous aurions pu établir cette corrélation.

Pour 12% des chuteurs, l'hypotension orthostatique n'avait pas été recherchée. Outre le fait que les médecins ignorent qu'il s'agisse d'un facteur de risque de chute, ce test n'est peut être pas recherché dans tous les cas car il prend du temps et il nécessite la participation du patient.

Dans 7% des cas, l'existence d'un aménagement de l'habitat était inconnue. Cet élément nécessite que le médecin consulte le patient à son domicile, or la plupart des actes des médecins se font au cabinet.

La prévention de la chute est complexe, elle doit être pluridisciplinaire et adaptée à chaque patient en fonction de sa pathologie et de son environnement. Seul le médecin généraliste a le pouvoir de coordonner cette prise en charge personnalisée. Il est le seul à pénétrer dans l'intimité du patient à son domicile. Par sa fonction, il peut dépister les facteurs de risque et prévenir les complications.

Cependant il est important qu'il soit entouré d'équipe hospitalière ou ambulatoire paramédicale investies et disponibles pour l'accompagnement et la prise en charge de ces patients fragiles.

En Corrèze, en 2014, le Dr Evelyne Mage, gériatre au centre hospitalier de Brive, a mené une étude descriptive sur les chuteurs de plus de 75 ans vivant à domicile et faisant appel au SAMU ou aux pompiers pour le motif « chute ». [41] Durant cette période, elle répertoria 1,7 chutes par 24h. Dans 90% des cas, une équipe de secouriste était mobilisée au domicile du chuteur pour un relevage et une évaluation de son état de santé. La suite de la prise en charge était beaucoup moins standardisée. Dans 62,2% des cas, les patients n'étaient pas hospitalisés et le médecin traitant non prévenu de cette chute. Le patient était en quelque sorte perdu de vue. Les critères de transfert de ces patients au service des urgences ou pas n'étaient pas bien définis.

Ainsi, ce travail a permis l'élaboration d'une démarche de soin, destinée aux pompiers de la Corrèze, concernant les personnes âgées ayant chuté à domicile et n'ayant pas été transportée à l'hôpital, le projet **PACSSSS 19** : Personne Agée Chuteuse Signalement Service Secours et Soins.

Des critères précis ont été redéfinis pour identifier les patients qui pouvaient rester à domicile après la chute. Il s'agissait de l'absence de traumatisme grave et de l'absence d'un des éléments suivants :

- séjour au sol prolongé > 2 heures
- Incapacité pour le patient de se lever de faire 3 pas et de revenir s'asseoir
- La présence d'un traitement anticoagulant.

Pour ces patients restés à domicile après la chute, un dossier récapitulatif comportant le nom du médecin traitant est faxé au service de gériatrie du CH correspondant (Brive, Tulle, Ussel). Ce dernier en informe ensuite le médecin traitant qui peut alors réévaluer son patient et identifier des facteurs de risque à corriger ou une situation de stress aiguë à prendre en charge. Il peut aussi entrer en contact avec l'équipe mobile de gériatrie qui si besoin interviendra au domicile du patient pour proposer une prise en charge personnalisée, avec notamment l'aide d'ergothérapeute et de neuropsychologue.

Par ce genre d'initiative, l'isolement des personnes âgées peut être combattu. Le patient est placé au centre d'une prise en charge pluridisciplinaire et personnalisée. Avec son entourage, tous doivent être sensibilisés aux risques encourus après une chute, en premier lieu la dépendance. Ils doivent comprendre que la chute n'est pas uniquement due au vieillissement mais qu'au contraire elle révèle des pathologies qui peuvent être prises en charge par le médecin.

C'est pourquoi il est indispensable d'intégrer la recherche des chutes à nos interrogatoires afin de prévenir leur récurrence et l'entrée dans la dépendance.

L'INPES en mai 2005 a élaboré un référentiel de bonnes pratiques pour la prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile. [40]

Ce travail est né d'une collaboration entre les représentants institutionnels socio-médicaux français, québécois, belges et suisses. Pour tous ces pays, le vieillissement des populations et la prise en charge des pathologies chroniques invalidantes sont des enjeux de santé publique. Le maintien des capacités fonctionnelles des sujets âgés constitue un objectif humain, social et économique important.

Il s'inscrit dans le sillon des programmes menés par l'organisation mondiale de la santé (OMS), dans lesquels est adoptée l'expression « vieillir en restant actif ». En plus de la bonne santé, il apparaît capital de permettre aux personnes âgées de rester actives physiquement, mentalement et socialement. Ceci dans le respect des principes d'indépendance, de dignité et d'épanouissement de soi définis par les Nations Unies.

Ce référentiel de l'INPES avait pour ambition de faciliter le dépistage des personnes âgées à risque de chute puis la mise en place d'actions de prévention. Il était destiné à tous les professionnels de santé et médico sociaux tels que les médecins, infirmières, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, aides à domicile.

Cependant cet ouvrage de 135 pages ne paraît pas adapté à la pratique de la médecine générale en ambulatoire.

5.2.2. Comparaisons des résultats aux données de la littérature

5.2.2.1. La polymédication

La iatrogénie est l'un des principaux facteurs de risque de chute. [18]

Nous le retrouvons dans notre étude puisque 75% des chuteurs étaient polymédiqués, avec plus de 5 médicaments par jour.

Cette surmédication des sujets âgés est avant tout liée à la polypathologie. Les plus de 65 ans consomment en moyenne 3,9 médicaments différents par jour. Ce chiffre s'élève à 4,4 pour les sujets de plus de 80 ans. [42]

Certains diagnostics sont plus fréquemment associés à la polymédication tels que la dépression, les maladies cardiovasculaires, le diabète. Dans notre étude, 84% des chuteurs dépressifs étaient polymédiqués.

Les deux classes de médicaments associées à une augmentation du risque de chute sont d'une part les médicaments cardiovasculaires, (les anti-arythmiques, les dérivés nitrés et les diurétiques) et d'autre part les psychotropes (anti-dépresseurs, hypnotiques, anxiolytiques et neuroleptiques). Dans notre étude, la prescription de psychotropes concernait en effet 53% des chuteurs. Par contre nous n'avons pas demandé de détail sur les molécules présentes sur l'ordonnance, seul le nombre de médicament était demandé. [43]

La polymédication apparaît aussi être un facteur aggravant de l'hypotension orthostatique, puisque 88% des chuteurs de notre étude associaient ces 2 facteurs de risque

Pour aider les médecins dans leur prescription médicamenteuse, des listes de médicaments potentiellement inappropriés chez la personne âgée ont été dressées.

La liste des critères de Beers fait partie des plus connues. Révisée en 2002, elle n'est pas adaptée à la pratique européenne du fait d'un certain nombre de médicaments qui ne sont pas commercialisés chez nous et vice et versa. [42]

En 2007, Marie-Laure Laroche, du CHU de Limoges, a développé une liste de médicaments inappropriés pour les personnes de plus de 75 ans, adaptée à la pratique française, selon un consensus de 15 experts de différentes spécialités et régions. Elle propose de plus des alternatives thérapeutiques plus sûres ou plus efficaces. [44]

Nous devrions réévaluer régulièrement l'ordonnance du patient. En partenariat avec ce dernier, nous devrions nous réinterroger sur l'indication de chaque traitement, sur la tolérance de chaque molécule et sur l'existence d'interactions médicamenteuses.

En 2014, une thèse a été réalisée dans le Morbihan sur la consultation de renouvellement d'ordonnance. [45] Elle s'intéressait aux attentes des patients, en fonction de leur profil, quant à cette consultation. Dans 2/3 des cas, les patients considéraient cette consultation aussi importante que pour un autre motif, et 7 patients sur 10 pensaient que la réévaluation de leur ordonnance en vue d'une modification était essentielle. C'est pourquoi le terme de « réévaluation d'ordonnance » serait plus approprié à la fois aux attentes des patients ainsi qu'à la réalité de la pratique.

L'inertie clinique, décrite en 2001 par Phillips dans l'article « Clinical inertia », est définie comme l'échec de la part des médecins à entreprendre ou intensifier un traitement lorsque celui-ci est indiqué. A l'inverse, il ne faudrait pas hésiter non plus à supprimer des traitements dont l'indication n'est plus présente même si le patient y tient, pour éviter la surmédication.

5.2.2.2. La dénutrition

L'évaluation de l'état nutritionnel de nos patients est indispensable et semble conditionner le risque de chute. Dans l'étude, elle concernait 61% des cas pour lesquels l'albumine était connue. Malheureusement les médecins ne l'avaient pas dosée dans 29% des cas. La prise en charge des déficits d'apport protéino-énergétique permettrait de diminuer la survenue des chutes mais aussi des complications traumatiques. [31]

Cette proportion est encore plus importante lorsque le patient présente des troubles cognitifs associés. En effet dans l'étude, 73% des chuteurs ayant des troubles cognitifs étaient aussi dénutris. Le taux d'albumine était inconnu dans 45% des cas d'entre eux alors que le risque de dénutrition chez les patients atteints de troubles cognitifs est évalué à 35% selon l'HAS.

D'autre part, nous avons retrouvés que 80,5% des patients dénutris de l'étude étaient aussi polymédiqués.

La dénutrition favorise la sarcopénie et augmente le risque de fracture. Le bénéfice médico-économique, pour prévenir le risque de chute et de fracture, d'une supplémentation protéino-énergétique a été démontré. [40]

Le dépistage de la dénutrition peut reposer sur d'autres critères que l'albuminémie. Plus faciles à réaliser en ambulatoire, ils sont la surveillance régulière du poids, le calcul de l'indice de masse corporelle IMC (peut-être aurions-nous pu nous baser sur ce critère là plutôt que sur l'albuminémie dans l'étude) ou encore la réalisation du questionnaire Mini Nutritional Assessment MNA (annexe 2).

Une perte de poids de 5% en 1 mois ou de 10% ou plus en 6 mois doit faire supposer une dénutrition. L'indice de masse corporelle doit rester supérieur à 21 kg/m².

Pour corriger cette dénutrition, des conseils nutritionnels doivent être donné au patient tels que la possibilité de fractionner les repas de la journée, de privilégier les aliments riches en protéines, en cas d'isolement essayer d'organiser une aide au repas, humaine si possible pour apporter la convivialité à ce moment.

Il est possible d'enrichir l'alimentation avec de la poudre de protéines pour augmenter l'apport énergétique sans augmenter le volume des rations. Enfin, la prescription de compléments nutritionnels oraux est une bonne solution, à proposer en collation et à adapter aux goûts du patient. Il existe de nombreuses textures, crème dessert, jus de fruit, soupe.

5.2.2.3. Les déficits neurosensoriels

L'hypoacousie et la baisse d'acuité visuelle étaient présentes chez 1 chuteur sur 2 de notre étude.

Ces déficits sont très fréquemment associés aux troubles cognitifs. 62,5% des patients atteints de troubles cognitifs présentaient une hypoacousie et 25% une baisse de l'acuité visuelle.

La vision est importante pour le maintien de la posture, la planification des déplacements et l'orientation dans l'espace. Les chutes sont à craindre lorsqu'il existe une baisse de l'acuité visuelle, une diminution de la perception des profondeurs, une réduction du champ visuel et une diminution de la sensibilité aux contrastes.

L'hypoacousie était présente pour 61% de nos chuteurs. Elle est donc le 3^{ème} facteur de risque de chute retrouvé par ordre de fréquence dans notre étude. Elle touche 30% des sujets après 60 ans et 50% après 75 ans d'après le collège national des enseignants en gériatrie. Elle est facteur de risque de chute lorsqu'elle entraîne un isolement et une diminution des activités. Elle est souvent accompagnée d'une presbyvestibulie responsable de vertiges. [4] [25]

Elle peut être responsable d'un syndrome dépressif. Dans l'étude 52% des patients présentant une hypoacousie étaient aussi dépressifs.

Dans la littérature, nous n'avons pas retrouvé d'étude pouvant confirmer nos résultats. Cependant, nous pouvons émettre l'hypothèse que l'hypoacousie n'intervient pas directement dans le mécanisme de chute mais qu'elle potentialise l'effet des autres facteurs de risque.

Le dépistage des déficits neurosensoriels est majeur. Il est important d'encourager les patients à les corriger car ils sont pourvoyeurs d'isolement et de dépendance. La grande difficulté repose sur le coût de ces traitements notamment en ce qui concerne les prothèses auditives dont le prix moyen par appareil est de 1400 euros. Dans l'étude, seulement 2% des patients qui le nécessitaient étaient appareillés.

5.2.2.4. Les facteurs de risque environnementaux

Les facteurs de risque environnementaux sont fréquents et facilement réversibles. Ils sont présents dans 54% des cas de notre étude. Ils ont pu être identifiés à l'occasion d'une visite au domicile.

Le lien entre chute et environnement n'est pas facile à établir. Certaines études estiment que seulement 10% des chutes y sont clairement liées.

L'existence concomitante de déficits sensoriels potentialise le risque de chute. C'est le cas dans 41% des cas de notre étude.

Des études menées par l'American Geriatrics Society en 2001, ont montré qu'il était préférable d'évaluer les capacités fonctionnelles du sujet âgé dans son environnement ainsi que durant l'exercice de ses activités quotidiennes.

Cela permettrait de sensibiliser les patients et leur entourage aux mesures à mettre en place au domicile. Les propositions seraient donc personnalisées à chaque habitat et la prévention des chutes plus efficace.

De juillet 2009 à mars 2010, une étude observationnelle prospective a été menée en Corrèze, par le Dr Tchalla, afin d'évaluer l'impact de la domotique et des systèmes de téléassistance (DSTA) sur la survenue des chutes à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. [22] Cette étude a mis en évidence une réduction significative du risque de chute dans le groupe de patient équipé en DSTA.

Les actions les plus réalisées après une chute sont :

- le retrait des tapis,
- l'aménagement des sanitaires avec des barres de maintien,
- l'élargissement de l'ouverture de porte
- l'installation d'une chaise garde-robe dans la chambre pour la nuit ou la mise en place d'un chemin lumineux permettant un repérage nocturne sans éblouissement du lit aux toilettes.

Des aides financières peuvent être accordées par les conseils départementaux pour la mise en œuvre de ces travaux.

Cependant, une étude a montré que moins de la moitié des recommandations en matière de sécurité à domicile sont appliquées. Il est important de les accompagner en leur facilitant l'accès aux ressources et aux aides techniques. L'intervention de professionnels comme les ergothérapeutes ou les kinésithérapeutes sont recommandées.

Des brochures destinées aux aînés ont été éditées, comme par exemple « Chez soi en toute sécurité » se présentant sous la forme d'une liste de dangers de l'habitat et de conseils d'aménagement.

5.2.2.5. L'hypotension orthostatique

L'hypotension orthostatique a été retrouvée dans 31% des cas, mais elle n'avait pas été recherchée pour 12%.

Elle était le plus souvent associée à une polymédication, 68% de ces patients prenaient 5 à 10 médicaments par jour et 20% en consommaient plus de 10. Encore une fois, la iatrogénie et les interactions médicamenteuses sont au premier plan du risque de chute. La révision du traitement est indispensable avec selon les cas un arrêt, un changement de classe, de dose ou d'horaire.

Sa prise en charge repose aussi sur des mesures non-pharmacologiques, indiquées par un consensus d'experts de la Société Française de l'Hypertension Artérielle en décembre 2014. Ils proposent des conseils hygiéno-diététiques comme une hydratation et un régime sodé adapté à l'état cardiovasculaire du patient, une inclinaison du lit de 10° tête en haut. Le port d'une contention des membres inférieurs voire abdominale (par une ceinture) est recommandé.

Pour les hypotensions orthostatiques post prandiales, il est préconisé de boire environ 400 ml d'eau avant les repas.

5.2.2.6. Le syndrome dépressif

Le syndrome dépressif constitue un facteur prédisposant aux chutes. Il en est responsable par l'inhibition motrice et psychique qu'il entraîne et par la prescription de psychotropes qu'il impose.

52% des chuteurs de l'étude souffraient d'un syndrome dépressif. Dans 74% des cas il s'agissait de femme.

Sur l'ensemble des chuteurs dépressifs, 84% étaient polymédiqués avec une consommation de plus de 5 molécules par jour. 88% étaient traités par psychotropes.

49% présentaient des troubles cognitifs. Cette association potentialise le risque de chute.

39,5% des patients présentaient aussi une hypotension orthostatique.

Des études ont montré que la prévalence de la dépression chez les personnes âgées de plus de 65 ans se situe entre 8 et 16%. L'incidence annuelle de la dépression est de 1,5% chez les femmes âgées.

Comme nous l'avons dit précédemment la dépression est un des diagnostics les plus fréquemment associés à la polymédication, de par sa prise en charge complexe.

La relation entre chute et dépression est complexe. La dépression est un facteur de risque de chute prouvé, mais la chute peut aussi entraîner un syndrome dépressif et la peur de chuter à nouveau.

Pourtant selon la société française de psychiatrie, seulement 40% des cas de dépression sont diagnostiqués chez le sujet âgé en ambulatoire. 20% des sujets repérés comme déprimés reçoivent un traitement inadapté, soit par anxiolytique, soit par un dosage trop faible d'antidépresseur. C'est pourquoi le taux de suicide augmente entre 65 et 75 ans, 31 pour 100000 soit plus du double par rapport à la population générale.

Les molécules à privilégier sont les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN). Le traitement doit être instauré à demi dose, pour une durée d'un an au minimum. Il ne doit pas être associé aux benzodiazépines. Les imipraminiques sont des molécules à éviter du fait de leurs effets anticholinergiques majeurs. [46]

5.2.2.7. Les psychotropes

Selon l'HAS, en France 1 personne sur 2 de plus de 70 ans consomme des psychotropes : anxiolytique, hypnotique, neuroleptique, antidépresseurs.

20% utilisent de façon chronique des hypnotiques ou anxiolytiques, alors que les risques liés à ces médicaments sont supérieurs aux bénéfices lors d'un usage prolongé.

Dans l'étude, nous retrouvons cette proportion puisque 53% des chuteurs étaient traités par psychotropes. 11% de ces patients ne présentaient pourtant pas de syndrome dépressif.

Ces substances augmentent le risque de chute traumatique et l'incidence des fractures du col du fémur.

Les principaux effets secondaires favorisant les chutes et décrits par le collège national des enseignants en gériatrie sont :

- pour les anti-dépresseurs : somnolence, vertige, troubles visuels, hypotension orthostatique
- pour les anxiolytiques sédatifs : somnolence, fatigue, faiblesse musculaire, hypotension, vertiges et troubles visuels.
-

En effet dans l'étude, 56% des patients présentant une hypotension orthostatique consommaient des psychotropes et 65% étaient dépressifs.

La prescription de psychotropes est un des principaux facteurs de risque de chute que le médecin peut prévenir. Ces molécules sont trop souvent prescrites à long terme, sans indication claire. Les 4 situations les plus courantes à l'origine de ces prescriptions sont les troubles du sommeil, les signes anxieux, les troubles du comportement chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et la dépression.

L'HAS a publié en 2007 des recommandations sur la prescription des benzodiazépines chez le patient âgé. Elle proscrit les molécules à demi-vie longue (>10h). (Annexe)

En cas de traitement recommandé, il est préférable d'utiliser des molécules à demi-vie courte, à la moitié de la dose indiquée chez le sujet jeune.

Elle propose une stratégie d'arrêt de ces traitements destinée au médecin traitant :

- dès l'instauration du traitement, bien expliquer au patient la durée du traitement et ses modalités d'arrêt progressif du fait des risques
- devant toute demande de renouvellement, s'interroger sur la mise en œuvre d'un arrêt
- chez tout patient traité depuis plus de 30 jours, proposer un schéma d'arrêt, si l'indication n'est plus valide. Cela devra être réalisé sur plusieurs semaines voire plusieurs mois.
- au moment d'entreprendre l'arrêt, évaluer les attentes du patient et son degré d'attachement au traitement pour aboutir à une décision partagée.

Enfin, des mesures d'accompagnement non-médicamenteuses devront être mise en place au long cours. [46]

Ces recommandations sont intéressantes mais sont elles vraiment adaptées à la réalité de la pratique ? Les médecins connaissent les risques encourus par la prescription de psychotropes, pourtant 53% de nos chuteurs en consommaient et parmi ces derniers 11% ne présentaient pas de syndrome dépressif. Les 2 autres motifs de prescription de psychotropes sont l'anxiété et le trouble du sommeil.

L'anxiété est un symptôme très présent chez nos aînés, souvent secondaire à la solitude ou à la peur de mourir. Le recours aux benzodiazépines est parfois le seul moyen d'apaiser ces angoisses et d'améliorer la qualité de vie de ces patients. Cette prise en charge permet de réduire les manifestations psychosomatiques telles que les douleurs ou les diarrhées.

Les troubles du sommeil sont un motif de consultation très fréquent en médecine générale, environ 3% des actes. Le sommeil évolue avec l'âge, ce n'est pas pour autant que les personnes âgées en ont moins besoin. Chez elles, l'envie de dormir survient plus tôt et le réveil est plus matinal. On observe aussi une augmentation du nombre et de la durée des éveils nocturnes liés à l'augmentation des phases de sommeil lent léger et à la diminution du sommeil lent profond. Ce manque de sommeil n'est pas sans conséquence sur l'état de santé physique et psychique du patient. Il peut entraîner un manque de concentration, des pertes de mémoire, une faiblesse musculaire et des chutes.

Il est important d'éliminer les causes d'insomnies, telles que les douleurs, le syndrome d'apnée du sommeil, les jambes sans repos. Mais une fois ce bilan réalisé, nous devons soulager le patient et parfois seule l'utilisation d'un hypnotique sera efficace. L'attachement du patient à cette molécule sera majeur par peur de repasser des nuits blanches, si nous la lui retirons. C'est alors qu'il faudra discuter avec le patient de la balance bénéfice-risque de ces médicaments et mettre en place une stratégie de diminution des doses.

5.2.2.8. Les troubles cognitifs

En présence de troubles cognitifs, l'incidence annuelle de chute est de 40 à 60%, soit le double de l'incidence retrouvée chez les personnes âgées sans trouble cognitif. [40]

Ce risque accru de chutes est attribué à un défaut de vigilance, une mauvaise évaluation des situations dangereuses, une polypathologie fréquente avec polymédication, une dénutrition, une utilisation plus importante de psychotropes.

Notre étude confirme ces observations puisque parmi nos chuteurs qui présentaient des troubles cognitifs (39% de la population de l'étude) :

- 81% étaient aussi polymédiqués,
- 73% étaient aussi dénutris
- 62,5% consommaient aussi des psychotropes et 49% présentaient un syndrome dépressif
- 62,5% souffraient aussi de déficit neurosensoriel telle l'hypoacousie.

Nous devons donc être encore plus vigilants sur nos prescriptions et notre dépistage de chute chez les patients présentant des troubles de la cognition, déjà très fragiles.

Conclusion

La part des personnes âgées de plus de 65 ans ne cesse d'augmenter. Actuellement en France, elle représente 16% de la population, soit 10 millions d'individus. En 2030, cette proportion devrait atteindre les 30%.

Devant ce constat, tous les enjeux socio-économiques résident dans le maintien de la qualité de vie de ces aînés et de leur autonomie.

La chute doit être considérée comme un symptôme et non comme une fatalité liée au vieillissement.

La chute à domicile est un critère de fragilité mais aussi un mode d'entrée dans la dépendance. La différence entre ces deux situations est la réversibilité.

C'est pourquoi il est important de s'attacher à la prévention de celle-ci.

De nombreux facteurs de risque ont été décrits dans la littérature internationale. Dans ce travail, nous avons essayé d'identifier les principaux facteurs retrouvés par nos confrères exerçant dans le Limousin.

La responsabilité de la iatrogénie (polymédication et consommation de psychotropes), de la dénutrition et des déficits neurosensoriels est clairement ressortie.

Il est aussi nettement apparu que la chute est un processus multifactoriel. Plus de la moitié des patients cumulaient plus de 5 facteurs de risque, voyant leur risque de chute dans l'année multiplié par 7.

Dans certains cas, malgré l'existence d'au moins une chute, des facteurs de risque n'avaient pas été recherchés, notamment l'albuminémie et l'hypotension orthostatique. L'existence de facteurs de risque environnementaux n'était pas toujours connue non plus.

Cela prouve que malgré l'existence de référentiel sur la prévention de la chute à domicile, les facteurs de risque ne sont pas encore tous connus et recherchés systématiquement.

Des efforts doivent être menés par les médecins généralistes afin de ne pas banaliser la chute. Elle doit faire partie de l'interrogatoire de chaque personne âgée de plus de 65 ans. Son existence doit déclencher un bilan systématique et personnalisé afin d'éviter les récurrences et les conséquences telle que la dépendance.

Il serait donc intéressant d'établir une grille de facteurs à rechercher systématiquement à la suite d'une chute afin d'obtenir un score correspondant au risque de récurrence de chute. Ainsi, les médecins pourraient identifier les facteurs présents et essayer de les résoudre un à un.

Bibliographie

[1] INSEE-Bilan démographique 2014-Espérance de vie Juillet 2014. Disponible sur : < www.insee.fr>

[2] CELINE CARTON. La population limousine augmente régulièrement malgré le creusement du déficit naturel, INSEE première N°1385. 2011

[3] EMMANUELLE CAMBOIS. INED - L'espérance de vie sans incapacité une tendance moins favorable que dans le passé. 2011.

[4] BERNARD BRYCKAERT. Théories du vieillissement - Cours du DU de gériatrie- Lille 1999 ; Disponible sur < bryckaert.bernard.free.fr>

[5] BELMIN J., CHASSAGNE P. Gériatrie pour le praticien. 2e édition.Paris : Elsevier, Masson, 2009.

[6] Pr Fati Nourhashémi PBV, Dr Rougé-Bugeat. Repérage précoce de la fragilité par le médecin généraliste. Le concours médical . 2013 Oct;N°8, tome 135(Personne âgée en perte d'autonomie):616 à 618.

[7] Groupe « Société et vieillissement ». La dépendance. 2011. Report No.: 2ème séance. Disponible sur: www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/definitionetconcepts.pdf

[8] WINOGRAD C. H., GERETY M. B., CHUNG M., GOLDSTEIN M. K., DOMINGUEZ F., VALLONE R. « Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes ». J. Am. Geriatr. Soc. août 1991. Vol. 39, n°8, p. 778- 784.

[9] CHASSAGNE P., ROLLAND Y., VELLAS B. J. La personne âgée fragile. Paris : Springer, 2009.

[10] FRIED L. P., TANGEN C. M., WALSTON J., NEWMAN A. B., HIRSCH C., GOTTDIENER J., SEEMAN T., TRACY R., KOP W. J., BURKE G., MCBURNIE M. A., CARDIOVASCULAR HEALTH STUDY COLLABORATIVE RESEARCH GROUP. « Frailty in older adults: evidence for a phenotype ». J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci. mars 2001. Vol. 56, n°3, p. M146- 156.

[11] HAS. « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires? ». Disponible sur : < <http://www.has-sante.fr> >

[12] Anne Loones, Elodie David-Alberola, Pauline Jauneau C de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie. La fragilité des personnes âgées : Perceptions et mesures. [Internet]. 2008. Disponible sur : www.credoc.fr/pdf/Rech/C256.pdf

[13] WOO J., LEUNG J., MORLEY J. E. « Comparison of frailty indicators based on clinical phenotype and the multiple deficit approach in predicting mortality and physical limitation ». J. Am. Geriatr. Soc. août 2012. Vol. 60, n°8, p. 1478- 1486.

- [14] TUDOR A., LAUBARIE C. Les chutes chez les personnes âgées: facteur de fragilité. 2012.
- [15] Subra J, Gillette-Guyonnet S, Cesari M, Oustric S, Vellas B, Platform Team. The integration oh frailty into clinical practice : preliminary results from the Gérontopôle. J Nutr Health Aging 2012 Aug ; 16(8) :714-20. doi : 10.1007/s12603-012-0391-7
- [16] BOUCHON J.P. Expressions cliniques des maladies chez le vieillard. Traité de médecine.Paris : Flammarion Médecine Science, 1996.
- [17] Ricard C, et al. Plusieurs centaines de milliers de chutes chez les personnes âgées chaque année en France. BEH thématique 2007 ; 37-38 : 322-324.
- [18] SFDRMG - HAS/ Service des recommandations professionnelles, Recommandation pour la pratique clinique, Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée – Argumentaire. Novembre 2005
- [19] Ermanel C, et al. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2004. Institut de veille sanitaire. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2 octobre 2007.
- [20] La chute du sujet âgé. Société de Gérontologie de l'Ouest et du centre SGOC.
- [21] Desdames A. Prise en charge des personnes âgées admises pour chute dans le service des urgences du CH de Saint-Junien. Mémoire. Faculté de médecine de Limoges; 2011.
- [22] Tchalla K. Etude de l'impact de la domotique et des systèmes de téléassistance sur les chutes à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Thèse docteur en médecine. Limoges – octobre 2010
- [23] protec-chute.com, 1^{er} site européen d'information et de conseil sur la chute des personnes âgées.
- [24] Anne-Marie Brocas. Les modalités de prise en charge des fractures du col du fémur en France de 1998 à 2009. Etudes et résultats. 2011 Sep; n°774.
- [25] Collège national des Enseignants en Gériatrie. Vieillesse (2nd édition). Paris : Masson ; 2010 : 272pp.
- [26] Pr Sylvie Legrain. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. 2005. Disponible sur www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf
- [27] Syndicat des pharmaciens du Haut-Rhin. Polymédication des personnes âgées [Internet]. Disponible sur : <http://www.pharma68.fr/fiches/m20polymed.htm>

[28] Gi Pit SW, et al. A Quality Use of Medicines program for general practitioners and older people : a cluster randomised controlled trial. Medical Journal of Australia 2007 ; 187(1) : 23-30

[29] Tinetti ME, et al The patient who falls : « It's always a trade-off ». JAMA 2010 ; 303(3) :258-66

[30] HAS Améliorer la prescription des Psychotropes chez le sujet âgé. Octobre 2007

[31] HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. 2007.

Disponible sur :www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/RapportDenutritionHAS.pdf

[32] Atul Pathak. Des recommandations françaises pour dépister et prendre en charge l'hypotension orthostatique. Société française d'hypertension artérielle. 2014 30;

[33] Dr Steyer Norbert. La dépression de la personne âgée Attitude Pratique [Internet]. Available from: http://www.ammpu.org/abstract/geriatrie/depression_pers_agee.pdf

[34] Dr Sophie Le borgne P, Intersecteur de Psychiatrie de la Personne Agée, CHRU de BREST. La chute chez la personne âgée : une modalité suicidaire? 2014.

[35] Ivers, R. Q., R. G. Cumming, et al. (1998). "Visual impairment and falls in older adults: the Blue Mountains Eye Study." J Am Geriatr Soc 46(1): 58-64.

[36] National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), Alcohol Alert, 1998 ; 40

[37] O'Connell H., Chin A.V., Cunningham C., Lawlor B. Alcohol use disorders in elderly people : redefining an age old problem in old age British Medical Journal, 2003 ; 327(7416) : 664-7

[38] Leblanc ES, et al. Hip fracture and increased short-term but not long-term mortality in healthy older women. Arch Inetrn Med 2011, 171 :1831-1837

[39] Dr Roch Giorgi La Timone. Principes de l'Evidence Based-Medicine. Laboratoire d'Enseignement et de Recherche sur le Traitement de l'Information Médicale Faculté de Médecine de Marseille, Université de la Méditerranée.

[40] H Bourdessol et S Pin, Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile. Référentiel de bonnes pratiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) (2005). Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité.

[41] Dr Mage Evelyne. Chutes des aînés: attention dangers!... Mémoire pour la capacité de gériatrie. 2014.

[42] V. Pire, A. Fournier, Polymédication chez la personne âgée. Disponible sur « farm.ucl.ac.be »

[43] Leipzig R.M., Cumming R.G., Tinetti M.E. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs Journal of the American Geriatrics Society, 1999a; 47 (1): 30-9.

[44] Laroche M.L., Le risque iatrogène chez la personne âgée. Thèse pour doctorat. 2007

[45] Siproudhis Julie. La consultation de « renouvellement d'ordonnance » en Médecine Générale. Thèse de doctorat 2014 .

[46] HAS (Service des recommandations professionnelles et service évaluation médico-économique et santé publique. Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale. 2006.

Annexes

Annexe 1 : Grille de repérage de la fragilité

Personne à prévenir pour le RDV :

Nom :

Lien de parenté :

Tél :

Nom du médecin traitant :

Tél :

Email :

Nom du médecin prescripteur :

Tél :



Informations patient

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Tél :

Adresse :

PROGRAMMATION HOPITAL DE JOUR D'ÉVALUATION DES FRAGILITES ET DE PREVENTION DE LA DEPENDANCE

Patients de 65 ans et plus, autonome (ADL \geq 5 / 6), à distance de toute pathologie aigue.

REPERAGE

	OUI	NON	NE SAIT PAS
Votre patient vit-il seul ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il perdu du poids au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se sent-il plus fatigué depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il le plus de difficultés pour se déplacer depuis ces 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient se plaint-il de la mémoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Votre patient a-t-il une vitesse de marche ralentie (plus de 4 secondes pour parcourir 4 mètres) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI à une de ces questions :

Votre patient vous paraît-il fragile: OUI NON

Si OUI, votre patient accepte-t-il la proposition d'une évaluation de la fragilité en hospitalisation de jour : OUI NON

PROGRAMMATION

Dépistage réalisé le : _____

Rendez-vous programmé le : _____

Médecin traitant informé OUI NON

Pour la prise de rendez-vous :

Contactez le 05.61.77.79.29 (ou e-mail : geriatga.evalide@chu-toulouse.fr)

Faxer la fiche au 05.61.77.79.27 et remettre l'original au patient (le centre d'évaluation contactera le patient dans un délai de 48 heures).

Si nécessité d'un transport VSL, merci de faire la prescription.

Annexe 2: MMSE

Mini Mental State Examination (MMSE) (Version consensuelle du GRECO)

Orientation

/ 10

Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez. Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. En quelle année sommes-nous ?
2. En quelle saison ?
3. En quel mois ?
4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

Je vais vous poser maintenant quelques questions sur l'endroit où nous trouvons.

6. Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes ?*
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ?**
9. Dans quelle province ou région est située ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

Apprentissage

/ 3

Je vais vous dire trois mots ; je vous voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je vous les redemanderai tout à l'heure.

- | | | | |
|------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| 11. Cigare | <i>Citron</i> | <i>Fauteuil</i> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | <i>Clé</i> | <i>Tulipe</i> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | <i>Ballon</i> | <i>Canard</i> | <input type="checkbox"/> |

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

/ 5

Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?*

14. 93
15. 86
16. 79
17. 72
18. 65

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : Voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers ?**

Rappel

/ 3

Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandés de répéter et de retenir tout à l'heure ?

- | | | | |
|------------|---------------|-----------------|--------------------------|
| 11. Cigare | <i>Citron</i> | <i>Fauteuil</i> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fleur | <i>Clé</i> | <i>Tulipe</i> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Porte | <i>Ballon</i> | <i>Canard</i> | <input type="checkbox"/> |

Langage

/ 8

Montrer un crayon. 22. Quel est le nom de cet objet ?*
Montrer votre montre. 23. Quel est le nom de cet objet ?**
24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »***

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « Ecoutez bien et faites ce que je vais vous dire :

25. Prenez cette feuille de papier avec votre main droite,
26. Pliez-la en deux,
27. Et jetez-la par terre. »****

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractère : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. « Faites ce qui est écrit ».

Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo, en disant :

29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »

Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

Annexe 3 : Le questionnaire

Les facteurs de risque de chute de la personne âgée à domicile

Veillez remplir ce questionnaire par rapport au dernier patient chuteur à domicile que vous ayez vu en consultation ou en visite. Merci de cocher la bonne réponse.

Combien de médicament comporte l'ordonnance du patient?

- Moins de 5
- entre 5 et 10
- Plus de 10

Présence d'un syndrome dépressif?

- oui
- non

Prend il des psychotropes ?

- oui
- non

Quel est son taux d'albuminémie?

- <30 g/L
- entre 30 et 35 g/L
- >35 g/L
- Ne sait pas

Souffre t'il d'une baisse de l'acuité visuelle?

- oui
- non
- corrigée

Souffre t'il d'une hypoacousie ?

- oui
- non
- corrigée

Existence de troubles cognitifs?

- oui
- non

Aménagement de l'habitat, présence de tapis?

- oui
- non
- ne sait pas

Aménagement de l'habitat, sanitaires aménagés?

(douche, toilettes surélevées, barre...)

- oui
- non
- ne sait pas

Existence d'une hypotension orthostatique?

- oui
- non
- ne sait pas

Le patient est-il alcoolique?

- oui
- non

S'agit-il d'un homme ou d'une femme?

- Masculin
- Féminin

Annexe 4 : Mini Nutritional Assessment

LINUT

AQ.LINUT.EVAL.IMP04
Date de création : 17/10/2006
Date de modification : 17/10/2006
Indice N° 1

Evaluation de l'état nutritionnel Mini Nutritional Assessment

Dépistage :	J-Combien de véritables repas le patient prend-il par jour ? 0 = 1 repas 1 = 2 repas 2 = 3 repas <input type="checkbox"/>
A-Présente-t-il une perte d'appétit ? A-t-il mangé moins ces derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition ? 0 = anorexie sévère 1 = anorexie modérée 2 = pas d'anorexie <input type="checkbox"/>	K-Consomme-t-il ? - Une fois par jour au moins des produits laitiers ? oui non - Une ou deux fois par semaine des oeufs ou des légumineuses ? oui non - Chaque jour de la viande, du poisson ou de la volaille oui non 0= si 0 ou 1 oui - 0, 5= si 2 oui -1 = si 3 oui <input type="checkbox"/>
B-Perte récente de poids (< 3 mois) 0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids <input type="checkbox"/>	L-Consomme-t-il deux fois par jour au moins des fruits ou des légumes ? 0 = non 1 = oui <input type="checkbox"/>
C-Motricité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile <input type="checkbox"/>	M-Combien de verres de boissons consomme-t-il par jour ? (eau, jus, café, thé, lait, vin, bière...) 0,0 = moins de 3 verres 0,5 = de 3 à 5 verres 1= plus de 5 verres <input type="checkbox"/>
D-Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois ? 0 =oui 2 =non <input type="checkbox"/>	N-Manière de se nourrir 0 = nécessite une assistance 1 = se nourrit seul avec difficulté 2 = se nourrit seul sans difficulté <input type="checkbox"/>
E-Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence ou dépression modérée 2 = pas de problème psychologique <input type="checkbox"/>	O-Le patient se considère-t-il bien nourri ? (problèmes nutritionnels) 0 = malnutrition sévère 1 = ne sait pas ou malnutrition modérée 2 = pas de problème de nutrition <input type="checkbox"/>
F-Indice de masse corporelle (IMC = poids/(taille) ² en kg/m ²) 0 = IMC < 19 2 = 21 < IMC < 23 1 = 19 < IMC < 21 3 = IMC > 23 <input type="checkbox"/>	P-Le patient se sent-il en meilleure ou en moins bonne santé que la plupart des personnes de son âge? 0,0 = moins bonne 1 = aussi bonne 0,5 = ne sait pas 2 = meilleure <input type="checkbox"/>
Score de dépistage 12 points ou plus : normal pas besoin de continuer 11 points ou moins : continuer <input type="checkbox"/>	Q-Circonférence brachiale (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = 21 < CB < 22 1= CB > 22 <input type="checkbox"/>
Evaluation globale :	R-Circonférence du mollet (CM en cm) 0 = CM < 31 1 = CM > 31 <input type="checkbox"/>
G-Le patient vit-il de façon indépendante à domicile ? 0 = non 1 = oui <input type="checkbox"/>	TOTAL(maxi 30 points) > 24 : état nutritionnel satisfaisant. 17 - 23,5 : risque de malnutrition. < 17 : mauvais état nutritionnel. <input type="checkbox"/>
H-Prend plus de 3 médicaments ? 0 = oui 1 = non <input type="checkbox"/>	
I-Escarres ou plaies cutanées ? 0=oui 1=non <input type="checkbox"/>	

© Société des Produits Nestlé, Vevey, Switzerland, Trademarks Owners.

RESEAU DE NUTRITION DES PERSONNES AGEES EN LIMOUSIN
12-14, avenue de Naugat • 87000 LIMOGES • Tél. : 05 55 78 64 36 • Fax : 05 55 78 64 37 • linut@wanadoo.fr

Annexe 5 : Les benzodiazépines à demi-vie longue

LISTE DES BENZODIAZEPINES À DEMI VIE LONGUE (MISE A JOUR JANVIER 2012)

Cette liste comprend toutes les benzodiazépines utilisées comme anxiolytiques et ou hypnotiques

(AMM) et hors AMM (Rivotril®, clonazepam), dont la durée de vie est supérieure à 20H.

Cette liste exclut les produits contenant des benzodiazépines utilisés dans d'autres indications comme le Librax® (clidinium + chlordiazépoxyde).

<i>Spécialité commerciale</i>	<i>DCI</i>	<i>ATC</i>
HYPNOTIQUES		
Benzodiazépines		
Mogadon®	nitrazepam	N05CD02
Rohypnol®, Narcozep®, Génériques	flunitrazepam	N05CD03
ANTIÉPILEPTIQUES utilisés comme hypnotiques		
Rivotril®	clonazepam	N03AE01
ANXIOLYTIQUES		
Dérivés des benzodiazépines		
Lexomil®, Quiétéline®, Anxyrex®, Génériques	bromazepam	N05BA08
Lysanxia®, Génériques	prazepam	N05BA11
Nordaz®	nordazepam	N05BA16
Tranxène®	clorazepate	N05BA05
Urbanyl®	clobazam	N05BA09
Valium®, Novazam®, Diazemuls®, Génériques	diazepam	N05BA01
Victan®	loflazepate	N05BA18

Table des matières

Introduction	12
1. Notions générales	14
1.1. Démographie.....	14
1.2. Le sujet âgé.....	15
1.3. La dépendance	16
1.4. La fragilité.....	16
2. La chute du sujet âgé.....	18
2.1. Définition.....	18
2.2. Les circonstances.....	19
2.3. Prévalence en France et en Limousin	20
2.4. Les facteurs de risque de la chute	21
2.4.1. Classifications des facteurs de risque.....	21
2.4.2. Les facteurs de risque les plus fréquents	22
2.4.2.1. La iatrogénie.....	22
2.4.2.2. La dénutrition.....	24
2.4.2.3. L'hypotension orthostatique	24
2.4.2.4. Les facteurs de risques environnementaux.....	25
2.4.2.5. La dépression	25
2.4.2.6. La diminution de l'acuité visuelle et l'hypoacousie	30
2.4.2.7. L'alcoolisme.....	30
2.5. Les conséquences de la chute	31
2.6. Le rôle du médecin généraliste.....	33
3. Méthodes	34
3.1. Schéma de l'étude	34
3.2. La population.....	34
3.3. Objectifs de l'étude	35
3.4. Réalisation du questionnaire.....	35
3.5. Recueil des données	37
3.6. Analyse des données	37
3.7. L'analyse statistique	37
4. Résultats.....	38
4.1. Nombre de médicament sur l'ordonnance.....	39
4.2. Le syndrome dépressif.....	40
4.3. La prise de psychotrope.....	41
4.4. L'albuminémie	42
4.5. La baisse d'acuité visuelle.....	43

4.6. L'hypoacousie.....	44
4.7. Les troubles cognitifs.....	45
4.8. La présence de tapis.....	47
4.9. L'aménagement des sanitaires.....	48
4.10. L'hypotension orthostatique.....	49
4.11. L'alcoolisme.....	51
5. Discussion.....	52
5.1. L'étude.....	52
5.1.1. Les points positifs.....	52
5.1.2. Les points faibles.....	53
5.2. Les résultats.....	54
5.2.1. Les facteurs de risque de chute.....	54
5.2.2. Comparaisons des résultats aux données de la littérature.....	57
5.2.2.1. La polymédication.....	57
5.2.2.2. La dénutrition.....	59
5.2.2.3. Les déficits neurosensoriels.....	60
5.2.2.4. Les facteurs de risque environnementaux.....	61
5.2.2.5. L'hypotension orthostatique.....	62
5.2.2.6. Le syndrome dépressif.....	62
5.2.2.7. Les psychotropes.....	63
5.2.2.8. Les troubles cognitifs.....	65
Conclusion.....	67
Bibliographie.....	68
Annexes.....	72
Annexe 1 : Grille de repérage de la fragilité.....	72
Annexe 2: MMSE.....	73
Annexe 3 : Le questionnaire.....	74
Annexe 4 : Mini Nutritional Assessment.....	76
Annexe 5 : Les benzodiazépines à demi-vie longue.....	77
Table des matières.....	78
Table des annexes.....	80
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	81

Table des annexes

Annexe 1 : Grille de repérage de la fragilité	72
Annexe 2: MMSE	73
Annexe 3 : Le questionnaire	74
Annexe 4 : Mini Nutritional Assessment.....	76
Annexe 5 : Les benzodiazépines à demi-vie longue	77

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Pauline PEPY

Les facteurs de risque de chute de la personne âgée à domicile : étude descriptive.

Résumé :

Introduction : En France, l'espérance de vie sans incapacité stagne ces dernières années. La chute est un des principaux modes d'entrée dans la dépendance. Souvent banalisée par les patients, la chute n'entraîne pas un bilan systématique alors que le dépistage de ses facteurs de risque permettrait d'éviter les récurrences et les complications.

Objectif : L'objectif principal de cette étude est de déterminer quels sont les facteurs de risque les plus fréquemment retrouvés après la chute d'une personne âgée à domicile, par les médecins généralistes du Limousin.

Méthodes : Une étude descriptive, observationnelle, rétrospective a été menée du 4 décembre 2014 au 4 février 2015, reposant sur un questionnaire envoyé par email à 384 médecins du Limousin.

Résultats : 83 patients ont été inclus dans l'étude. 65% des chuteurs étaient des femmes. 91,5% des sujets cumulaient plus de 2 facteurs de risque de chute. Les 3 facteurs les plus représentés étaient la polymédication (81%), la dénutrition (61% des patients pour qui l'albuminémie était connue) et les déficits neurosensoriels non-correctés (hypoacousie 60% et baisse de l'acuité visuelle 51%). Au second plan, nous avons retrouvé l'absence d'aménagement de l'habitat (54%), la consommation de psychotrope (53%), le syndrome dépressif (52%), les troubles cognitifs (39%) et l'hypotension orthostatique (31%).

Conclusion : La chute doit être considérée comme un symptôme et non comme une fatalité liée au vieillissement. Processus multifactoriel, elle nécessite un bilan standardisé afin de réduire son impact socio-économique.

Mots-clés : chute, personne âgée, facteurs de risque, prévention, médecin généraliste.

The risk factors of the aged person falling at home : descriptive study.

Abstract :

Introduction : In France, life expectancy without incapacity has been stagnating these last years. Falling is one of the principal mode in the entrance of dependence. Usually banalized by the patients, falling does not lead to an automatic checkup whereas the tracking down of the risk factors could avoid relapsing and complications.

Objectives : The principal goal of this study is to define which risk factors are the most found after the fall of a person older at home, by the general practitioners from the Limousin.

Methods : A descriptive study, observational, retrospective were leaded from the 4th of December 2014 until the 4th of February 2015, based on a questionnaire sent by email to 384 doctors from the Limousin.

Results : 83 patients have been included in the study. 65% of the people falling were women. 91,5% of the subjects accumulated more than 2 risk factors of falling. The 3 most represented factors were polymedication (81%), undernourishment (61% of the patients for whom the albuminemia was known) and the deficits of the neurosensories not fixed (presbycusis 60% and the drop of the visual acuteness 51%). On the second plan, we have found a lack of accommodation settlement (54%), consumption of psychotropics (53%), depressive syndrome (52%), cognitive disorders (39%) and orthostatic hypotension (31%).

Conclusion : Falling has to be considered as a symptom and not as a fatality link to aging. Process multifactorial, it needs a standardised checkup in order to reduce its social-economical impact.

Keywords : Fall, elderly, risk factors, prevention, general practitioner