



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2016

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Consommation de psychotropes chez les patients âgés évalués en
hôpital de jour « chute » à Lille**

Présentée et soutenue publiquement le 08 décembre 2016 à 18h
au Pôle Formation

Par Camille RIME

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Monsieur le Professeur Patrick LEROUGE

Monsieur le Docteur Cédric GAXATTE

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Marie MANECHEZ

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS.....	4
RESUME.....	5
1. INTRODUCTION.....	6
1.1. Chutes.....	6
1.1.1. Contexte médico-économique et prévalence de la chute.....	6
1.1.2. Conséquences des chutes.....	6
1.1.3. Étiologie des chutes.....	6
1.2. Les psychotropes : un facteur de risque de chute.....	7
1.2.1. Prévalence de la consommation des psychotropes.....	7
1.2.2. Conséquences de la prise des psychotropes.....	7
1.3. Chutes et dépression.....	8
1.4. Justification de l'étude.....	8
2. MATERIEL ET METHODE.....	10
2.1. Type d'étude.....	10
2.2. Méthode.....	10
2.2.1. Patients.....	10
2.2.2 Déroulement de la consultation.....	10
2.3. Recueil de données	10
2.4. Étude de la prescription des psychotropes.....	11
2.5. Analyses statistiques.....	12
3. RESULTATS.....	13
3.1. Analyse descriptive de la population.....	13
3.2. Arrêt des psychotropes.....	16
3.3. Ajout des psychotropes.....	19
4. DISCUSSION.....	23
4.1. Principaux résultats.....	23
4.2. Arrêt des psychotropes et chutes.....	23
4.3. Ajout des psychotropes et chutes.....	25
4.4. Justification des propositions d'arrêt ou d'ajout de psychotropes et adhésion des patients aux recommandations.....	27
4.5. Forces et limites de l'étude.....	29
5. CONCLUSION.....	32
6. BIBLIOGRAPHIE.....	33
7. ANNEXES.....	38

ABREVIATIONS

- **ADL** : Activities Of Daily Living
- **ATC** : Anatomique Thérapeutique Chimique
- **CHRU** : Centre Hospitalier Régional Universitaire
- **CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- **EHPAD** : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- **HAS** : Haute Autorité de Santé
- **HDJ** : Hôpital de Jour
- **IADL** : Instrumental Activities of Daily Living
- **INPES** : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- **INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- **IRS** : Inhibiteur de la Recapture de Sérotonine
- **IRSNA** : Inhibiteur de la Recapture de Sérotonine et de Noradrénaline
- **MMSE** : Mini-Mental State Examination
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **OR** : Odds Ratio
- **SFGG** : Société Française de Gériatrie et Gérontologie

RESUME

Introduction : Tous les psychotropes (neuroleptiques, antidépresseurs, hypnotiques, anxiolytiques) sont associés au risque de chutes. Aussi la révision de l'ordonnance fait partie des recommandations pour réduire ce risque. Les objectifs de ce travail étaient :

1. Déterminer le nombre de sujets consultant en HDJ « chute » au CHRU de Lille et prenant au moins un psychotrope. 2. Préciser la prévalence des propositions d'arrêt ou de diminution de posologie ou d'ajout d'au moins un psychotrope, énoncées à l'issue de l'évaluation multidisciplinaire. 3. Préciser le nombre de personnes ayant effectivement suivies les recommandations préconisées à 6 mois.

Méthode : Étude prospective mono-centrique dans le cadre de l'évaluation multidisciplinaire de la chute au CHRU de Lille. Tous les patients rencontrés entre 2005 et 2014 ont été inclus.

Résultats : Parmi 1174 patients rencontrés en consultation (âge moyen 80,8 ans ; 73% de femmes, 58% de patients multichuteurs), 658 patients prenaient au moins un psychotrope. Nous avons proposé à 266 patients (40%) de diminuer ou d'arrêter un psychotrope. Parmi les 158 patients revus à 6 mois, 84 (53%) ont réduit ou arrêté un médicament psychotrope. 65 patients ont reçu quant à eux une recommandation d'ajout de psychotrope. Parmi les 35 patients revus à 6 mois, 34% ont suivi la recommandation, avec une augmentation significative du nombre de chutes à 6 mois ($p < 0,05$).

Conclusion : Notre étude montre la possibilité d'adaptation thérapeutique chez le patient âgé chuteur. Plusieurs facteurs influencent le suivi des recommandations visant à réduire le risque de chutes, notamment la conscience du patient de son risque de chutes et de blessures, sa compréhension de l'intérêt des mesures proposées, et probablement les modalités d'annonce et de mise en œuvre des recommandations visant l'arrêt ou la réduction des psychotropes.

1. INTRODUCTION

1.1. Chutes

1.1.1. Contexte médico-économique et prévalence de la chute

La chute est un problème de santé publique, qui est associé à une augmentation de la morbi-mortalité et qui a un impact médico-économique. (1)

En 2015, la France recensait 12,5 millions de plus de 65 ans et 3,8 millions au delà de 80 ans. (source = INSEE) Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, en 2050, la proportion des plus de 60 ans va passer de 12% à 22% de la population mondiale, ce qui représente 2 milliards de personnes.

Plus d'un tiers des personnes de plus de 65 ans chute chaque année, dont la moitié chute à plusieurs reprises. (2)

Pour faire face à cette problématique, la loi de santé publique de 2004 a fixé pour objectif de réduire de 25% le nombre annuel de chutes des personnes de 65 ans et plus.

La Haute Autorité de Santé et la Société Française de Gériatrie et Gérontologie ont élaboré en ce sens en 2009 des recommandations sur l'évaluation et la prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées.(3) Ces recommandations précisent les modalités de recherche des facteurs de risque de chute et insiste sur la nécessité d'une évaluation multidisciplinaire afin de réduire le risque de récurrence et le nombre de chutes.

1.1.2. Conséquences des chutes

La chute peut être potentiellement grave. On estime qu'environ 1 chute sur 10 aura des conséquences traumatiques : fracture de la hanche, hématome sous dural, atteinte des tissus mous... L'ensemble de ces facteurs favorise la perte d'autonomie et l'institutionnalisation. (4)

Les chutes représentent la première cause de décès accidentel chez les plus de 65 ans. Près de 9000 décès surviennent chaque année en France. (5)

1.1.3. Étiologie des chutes

L'origine des chutes est multifactorielle. Le risque de chute croît en fonction du nombre de facteurs de risque retrouvés : 78% des chuteurs ont plus de quatre facteurs de risque ($p < 0,001$). (2)

Les facteurs de risque de chutes sont classés en différentes catégories : prédisposants, précipitants et facteurs de gravité. (3) La prise de psychotropes fait partie intégrante des facteurs de risque prédisposants de chute.

1.2. Les psychotropes : un facteur de risque de chute

1.2.1. Prévalence de la consommation des psychotropes

En France, 50% des personnes ayant plus de 70 ans consomment des psychotropes. Selon l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale, il existe une légère augmentation de la prévalence des patients qui consomment des psychotropes entre 2005 et 2010. Les médicaments psychotropes les plus consommés sont les anxiolytiques (13,4% des 65-74 ans et 22% des 75-85 ans), puis les hypnotiques (7% des 65-74 ans et 7,8% des 75-85 ans).

1.2.2. Conséquences de la prise des psychotropes

La pharmacocinétique et la pharmacodynamie des médicaments sont modifiées avec l'âge.(6) La demi-vie des médicaments tels que les benzodiazépines de longue durée d'action, les antipsychotiques et les antidépresseurs est augmentée. Les effets secondaires s'exercent donc pendant une durée prolongée. (7) En effet, il a été démontré par exemple que la biodisponibilité des benzodiazépines était augmentée chez le sujet âgé et favorisait la somnolence.(8)

Toutes les classes de psychotropes sont pourvoyeuses de chutes : anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs (toutes classes) et antipsychotiques. (4,9–14) Le risque de chute augmente avec le nombre ou la dose de psychotropes. (12)

On estime qu'environ 20% des sujets âgés consomment une ou plusieurs molécules de la classe des benzodiazépines. En EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), ces médicaments sont consommés par 50 à 80% des résidents. (15) Les benzodiazépines sont significativement associées avec un risque de chutes accru (RR 1.6, 95%CI 1.4-1.7), notamment chez les sujets de plus de 85 ans (RR 3.6, 95% CI 2.9-4.5). (16)

Les hypnotiques favorisent également les chutes en altérant les fonctions supérieures et le contrôle postural.(17) Leur prescription initiale est parfois inadaptée et non réévaluée régulièrement. (18)

Les IRS et les tricycliques sont associés en particulier à une augmentation du risque de fracture de hanche. (19,20) En effet, les antidépresseurs sont associés à des mécanismes favorisant le risque de chutes : hypotension orthostatique, altération psychomotrice, régression cognitive, sédation, troubles de l'équilibre. (15) Bien que les IRS soient moins pourvoyeurs d'effets secondaires cardiovasculaires et anticholinergiques, le risque de chutes semble comparable à celui des antidépresseurs tricycliques. (19–21)

Concernant les antipsychotiques, plusieurs mécanismes favorisent le risque de chutes (syndrome extra-pyramidal, somnolence, vertiges, hypotension orthostatique). Les antipsychotiques atypiques, plus récents, provoqueraient moins de syndrome extra-pyramidal.(22,23) Cependant, le recours à ces nouvelles molécules n'a pas montré de réduction du risque de chutes. (9,23,24)

1.3. Chutes et dépression

D'après le Baromètre Santé 2010, 3 % des personnes de 65 à 74 ans et 2,9% des personnes de 75 à 85 ans ont souffert d'un épisode dépressif dans les douze derniers mois. En 2010, 66% des personnes concernées par des troubles dépressifs ont consommé des médicaments psychotropes au cours des douze derniers mois, contre 52% en 2005.

La dépression est identifiée comme facteur de risque isolé de chutes dans plusieurs études, indépendamment de la prise d'antidépresseur.(25–27) La chute peut être la cause et/ou la conséquence du syndrome dépressif. De plus, de nombreux symptômes de la dépression sont considérés comme facteurs de risque de chutes : régression cognitive, ralentissement psychomoteur, troubles de l'équilibre, asthénie. (25,26)

La dépression fait partie des facteurs de risque modifiables de chutes.

Mais l'évaluation de la dépression chez le sujet âgé est parfois difficile. Des échelles spécifiques ont été développées. L'échelle GDS (Geriatric Depression Scale) (Annexe 1) a été développée et validée afin d'améliorer le diagnostic de dépression chez les personnes âgées. (28) C'est l'échelle la plus utilisée. (26) L'échelle de Cornell (Annexe 2) permet une évaluation de la dépression chez les patients âgés atteints de démence. (29,30)

1.4. Justification de l'étude

Les médicaments psychotropes représentent un facteur de risque de chutes modifiable.(31) Plusieurs études ont démontré que la réduction de consommation des psychotropes, en nombre et/ou en posologie, pouvait s'accompagner d'une réduction du nombre de chutes.(15,32,33)

En 2007 la Haute Autorité de Santé a publié un rapport sur l'amélioration de la prescription de psychotropes chez les personnes âgées. Des recommandations professionnelles sur les modalités d'arrêt des benzodiazépines (calendrier d'arrêt, lutte contre le syndrome de sevrage) et médicaments apparentés ont été communiquées. (34)

Dans le cadre de l'évaluation multidisciplinaire de la chute au CHRU de Lille, nous avons mené un travail prospectif sur l'usage des psychotropes.

L'objectif principal de ce travail était :

- d'estimer le nombre de personnes ayant suivi à 6 mois au moins une recommandation préconisée quant à l'arrêt ou l'ajout du traitement psychotrope et d'analyser les caractéristiques de ces patients ayant effectivement suivi cette recommandation.

Les objectifs secondaires étaient :

- de déterminer le nombre de sujets consultant en HDJ « chute » et prenant au moins un psychotrope,
- de préciser la prévalence de proposition d'arrêt ou de diminution de posologie et la proposition d'ajout ou d'augmentation de posologie d'au moins un psychotrope, énoncées à l'issue de l'évaluation multidisciplinaire,
- de préciser la récurrence de chutes chez les patients ayant suivi les recommandations, comparativement aux patients n'ayant pas suivi les recommandations.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle prospective, mono-centrique réalisée de 2005 à 2014 à l'hôpital gériatrique des Bâteliers au CHRU de Lille.

2.2. Méthode

2.2.1. Patients

Tous les patients reçus en hôpital de jour « chute » à l'hôpital gériatrique Les Bâteliers entre 2005 et 2014 ont été inclus.

Les patients sont adressés soit par le médecin généraliste soit par d'autres médecins spécialistes comme les rhumatologues, neurologues ou gériatres.

2.2.2 Déroulement de la consultation

A Lille, la consultation multidisciplinaire de la chute a été créée en 1995 par le Pr François PUISIEUX. (35)

Chaque patient bénéficie d'une évaluation initiale en hôpital de jour avec une évaluation par un gériatre, un neurologue et un médecin rééducateur. Chaque patient rencontre également une infirmière, une diététicienne, une assistante sociale, une ergothérapeute et un kinésithérapeute. En fonction des problématiques identifiées, le patient peut également rencontrer un ophtalmologue, une pédicure/podologue et une psychologue.

Le gériatre effectue une synthèse des évaluations des différents intervenants, l'explique au patient et à son aidant principal s'il est présent. Un courrier reprenant l'ensemble des facteurs de risque de chutes identifiés et les propositions d'action est remis au médecin traitant par courrier.

Le patient est revu par le gériatre six mois après cette évaluation afin de s'assurer de la mise en œuvre des recommandations et de procéder à une réévaluation clinique. Sur une période d'un an et demi (janvier 2009 – octobre 2010), les patients ne s'étant pas présentés à la consultation de suivi à six mois ont été contactés par téléphone pour recueillir les informations quant à la réalisation des recommandations.

2.3. Recueil de données

Les données ont été extraites du dossier standardisé de la consultation multidisciplinaire de la chute. Elles ont été saisies dans un fichier EXCEL, déclaré à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, sous forme de variables binaires ou numériques.

Les données recueillies de manière prospective comprenaient :

- des informations socio-familiales : âge, sexe, lieu de vie, niveau d'études,
- les antécédents médico-chirurgicaux et comorbidités actives,
- les caractéristiques des traitements : nombre, classification, prise de psychotropes, posologies,
- l'anamnèse des chutes et ses conséquences : nombre de chutes, temps passé au sol supérieur à 1 heure, peur de tomber (évaluée par le score Short FES-I) (Annexe 3), antécédent de chute traumatique, utilisation d'une aide technique. Le nombre de chutes était plafonné à 11, devant l'imprécision des données des patients multichuteurs.
- les données de l'examen clinique,
- les facteurs de risque de chute : trouble sensoriel, trouble proprioceptif, trouble de la marche (classification d'Alexander et Goldberg) (Annexe 4), trouble de l'équilibre, hypotension orthostatique, Get up and Go Test > 20 secondes et station unipodale > 5 secondes,
- évaluation des fonctions cognitives par le MMSE (Mini-Mental State Examination) (Annexe 5),
- évaluation de la dépendance avec l'échelle ADL (Activities Of Daily Living) (Annexe 6) et IADL (Instrumental Activities of Daily Living) (Annexe 7).

2.4. Étude de la prescription des psychotropes

Pour ce travail, nous avons considéré les psychotropes suivant la classification ATC : antipsychotiques, anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs et normothymiques (Annexe 8).

Ont été considérés :

- la ou les propositions d'arrêt ou de diminution de posologie d'un traitement psychotrope,
- la ou les propositions d'ajout ou de majoration de posologie d'un traitement psychotrope.

Les psychostimulants et les antiépileptiques n'ont pas été considérés comme psychotropes pour ce travail.

2.5. Analyses statistiques

L'objectif principal du travail était d'évaluer le suivi des recommandations (diminution de posologie ou arrêt, augmentation de posologie ou ajout de psychotropes) à six mois. Nous avons inclus dans les variables explicatives l'année de consultation du patient, pour apprécier l'effet des recommandations de la HAS (publiées en 2007) portant sur l'arrêt des psychotropes chez le sujet âgé, sur nos propres recommandations formulées en HDJ.

Les objectifs secondaires étaient :

- évaluer la prévalence de la consommation de psychotropes au sein de la population rencontrée en HDJ,
- évaluer la proportion de patients pour lesquels une modification de traitement psychotrope était proposée,
- évaluer la récurrence de chutes chez les patients ayant suivi la recommandation initiale.

Les analyses statistiques ont été réalisées par la plate-forme d'aide méthodologique du CHRU de Lille. Une description de variables qualitatives et quantitatives a été faite. Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide d'un test de Fisher. Un test t de Student a permis l'analyse de variables qualitatives et quantitatives.

3. RESULTATS

3.1. Analyse descriptive de la population

Entre le 1er janvier 2005 et le 31 décembre 2014, 1174 patients ont été reçus en hospitalisation de jour pour une évaluation multidisciplinaire de la chute.

L'analyse descriptive des patients vus à M0 est présentée dans le tableau 1. L'âge moyen était de 80,8 ans et la majorité était des femmes (73%). Les patients étaient autonomes avec un ADL moyen à 5,2/6 et avaient une médiane de MMS à 27/30.

56% des patients consommaient au moins un psychotrope. 29% rapportaient un antécédent de dépression et/ou une dépression au moment de la consultation.

43% des patients ont été perdus de vue à six mois. Cependant ces patients ne présentaient pas de différence significative sur leurs caractéristiques (âge, paramètres socio-démographiques, comorbidités, nombre de chutes, facteurs de risque de chutes) avec les patients revus à six mois, après une analyse par un test t de Student.

Initialement la consommation des psychotropes chez les patients vus en consultation de la chute se répartit ainsi (chaque patient peut consommer plusieurs classes médicamenteuses) :

- Anxiolytiques : n = 406
- Antidépresseurs : n = 366 (dont IRS : n = 245) (354 patients)
- Hypnotiques : n = 257
- Neuroleptiques : n = 35 (31 patients)
- Thymorégulateurs : n = 10 (10 patients)

Tableau 1 : Caractéristiques générales à la consultation initiale (M-0)

CARACTERISTIQUES	Tous patients N=1174
Age (moyenne)	80,84 ± 6,7
Sexe ratio femmes/hommes	2,6/1
ADL (moyenne ± écart type/médiane)	5,2 ± 1,1/5,5
Vit seul	621 (53%)
Vit en institution	166 (14%)
Niveau d'étude > CEP	451 (45%)
ANTECEDENTS	
Démence	387 (33%)
MMS moyenne ± écart type/médiane	25 ± 4,6/ 27
Dépression	336 (29%)
HTA	738 (63%)
Arthrose	542 (46%)
Diabète	221 (19%)
Syndrome parkinsonien	154 (13%)
CHUTES	
Nombre de chutes au cours des 6 derniers mois (moyenne/médiane)	3/2
Patient multichuteur (≥2chutes/6mois)	680 (58%)
Séjour au sol > 1h	246 (23%)
Fracture de sa hauteur	542 (46%)
Peur de tomber	886 (77%)
Sort de chez lui	878 (77%)
Sort seul à pieds	555 (49%)
FACTEURS RISQUE CHUTE	
Trouble de la marche	939 (81%)
Get up and Go Test > 20 sec	429 (59%)
Trouble de l'équilibre	806 (70%)
Problème podologique	326 (59%)
Trouble de la vision	692 (60%)
Trouble de l'audition	591 (51%)
Hypotension orthostatique	310 (29%)
Aide technique	511 (44%)
NOMBRE MEDICAMENTS (moyenne±écart type/médiane)	
Au moins 1 psychotrope	658 (56%)
Au moins 1 sédatif	541 (46%)
Au moins 1 antidépresseur	354 (30%)
Au moins 2 psychotropes	296 (25%)
Au moins 1 antalgique	589 (50%)

940 patients (80%) étaient chuteurs. Plus de la moitié des patients (680 patients soit 58%) était multichuteur (soit plus de deux chutes sur les six derniers mois). (Figure 1) A six mois, 262 (41%) patients présentaient une récurrence de chutes et 136 patients (22%) étaient multichuteurs. (Figure 2)

Figure 1 : Effectif en fonction du nombre de chutes à M0

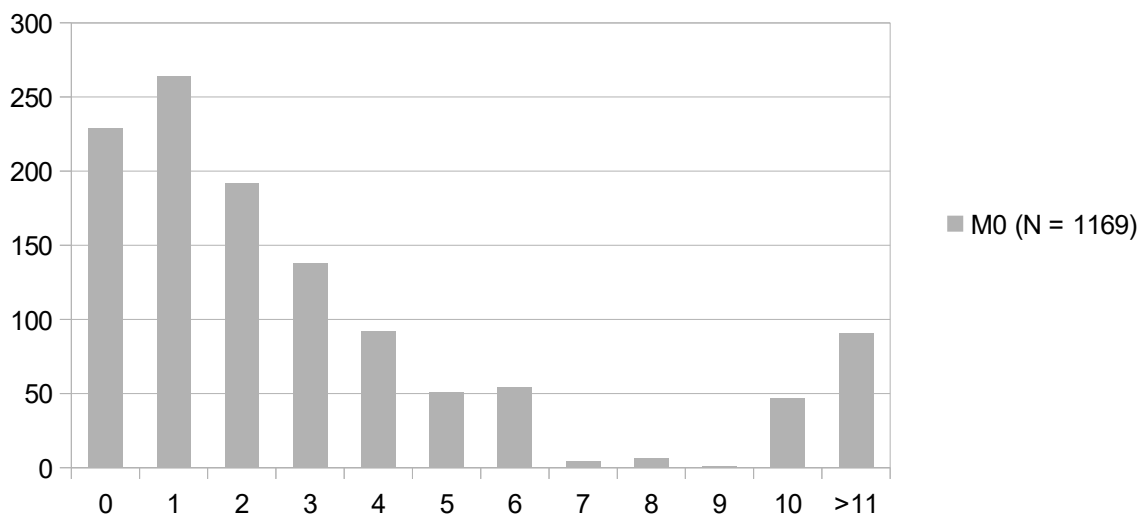
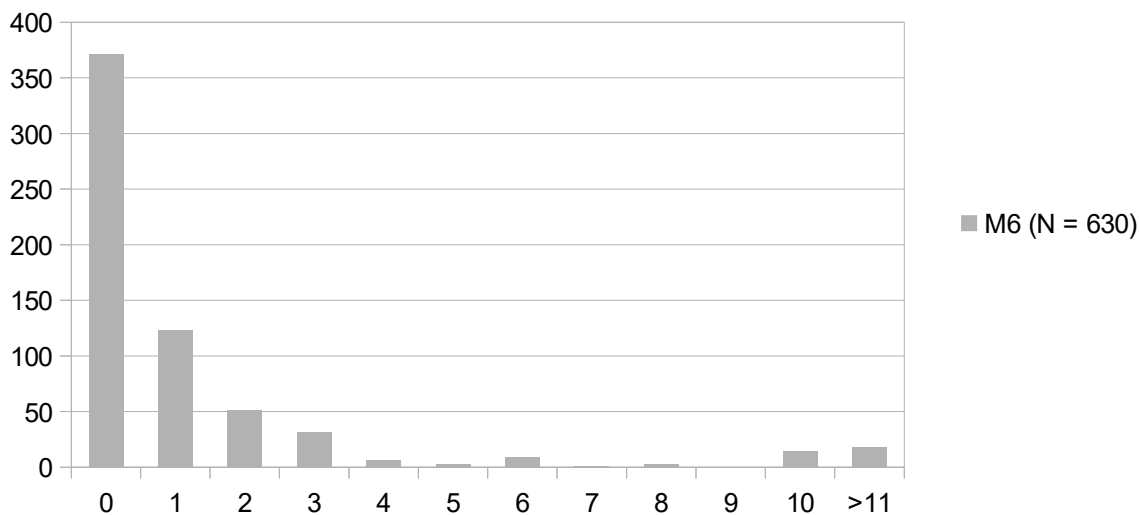


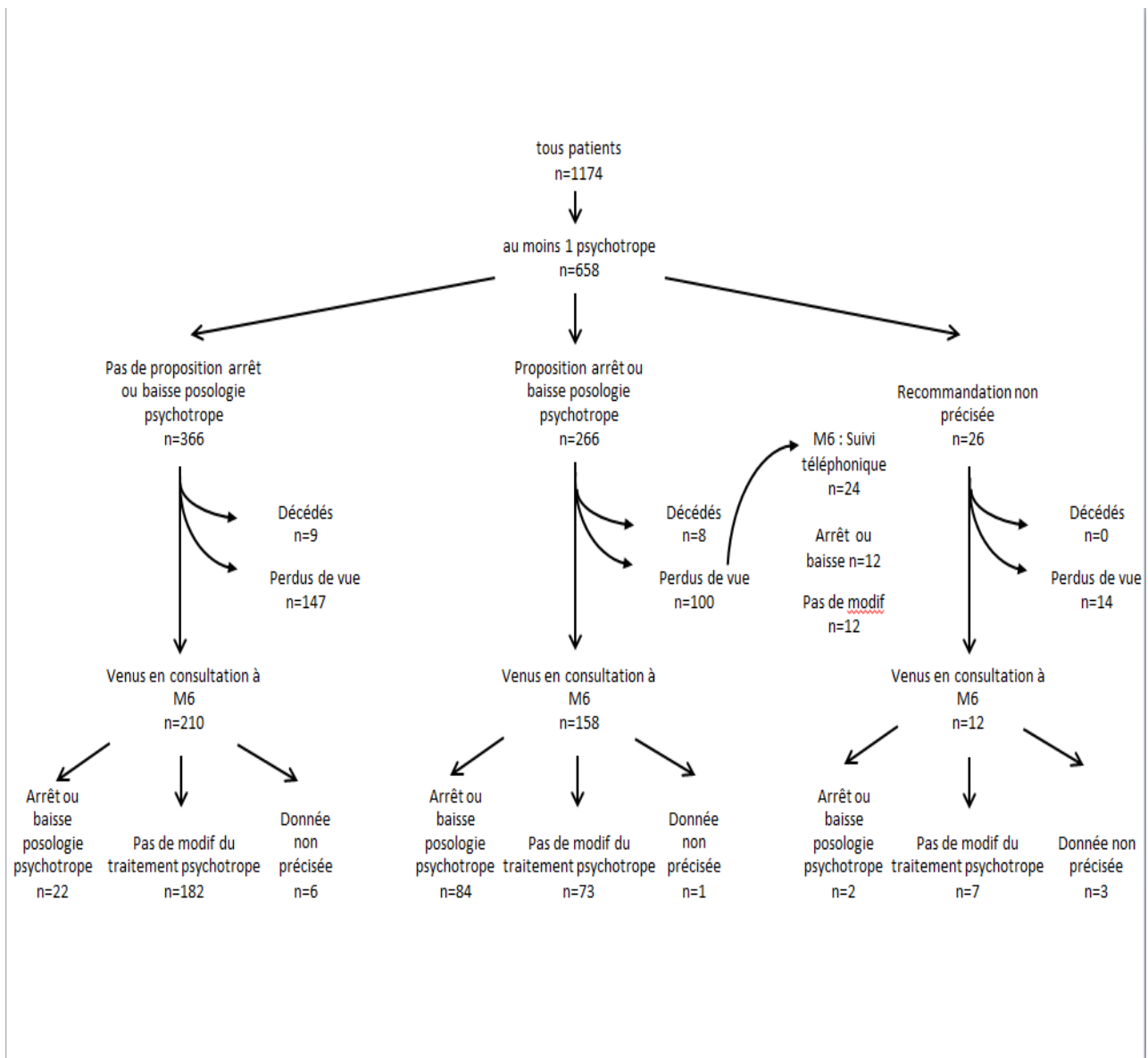
Figure 2 : Effectif en fonction du nombre de chutes à M6



Nous observons une réduction significative du nombre de chutes lors de la réévaluation des patients à six mois (41% versus 80% à la consultation initiale) (Figure 2), indépendamment de la proposition d'arrêt ou d'ajout de psychotropes.

3.2. Arrêt des psychotropes

Figure 3 : Flowchart : arrêt des psychotropes



Un arrêt ou une diminution de la posologie des psychotropes était proposé à 266 patients (Figure 3). Les facteurs associés à cette proposition sont regroupés dans le tableau 2. Ces patients étaient majoritairement des femmes (sexe ratio : 5,2/1 ; $p < 0,05$) aux antécédents de dépression (47% avec $p < 0,05$). Ils consommaient significativement plus de médicaments (9 médicaments vs 7,2 ; $p < 0,05$). Il n'y avait pas de différence significative sur le mode de vie, l'autonomie et le MMS. (Tableau 2)

Les classes médicamenteuses ayant fait l'objet d'une proposition d'arrêt ou d'une diminution (un patient peut avoir plusieurs propositions de modifications de ses psychotropes) sont :

- Anxiolytiques : n = 169
- Hypnotiques : n = 102
- Antidépresseurs : n = 72
- Neuroleptiques : n = 20
- Thymorégulateurs : n = 1

Tableau 2 : Caractéristiques selon la proposition d'arrêt des psychotropes

CARACTERISTIQUES	PROPOSITION ARRET N=266 (23%)	PAS DE PROPOSITION D'ARRET N=874 (77%)	
Age (moyenne)	81,6	80,6	p=0,05
Sexe ratio (♀/♂)	5,2/1	2,3/1	p<0,05
Vit Seul	144 (54%)	461 (53%)	p=0,73
ADL	5,2	5,3	p=0,3
Antécédents de dépression	124(47%)	201 (23%)	p<0,05
MMS moyen	25	25,1	p=0,7
Nombre chutes dans les 6 mois précédents	3,34	2,9	p=0,08
Patient multichuteur (≥2 chutes/6mois)	161 (61%)	495 (57%)	p=0,29
Fracture de sa hauteur	136 (51%)	396 (45%)	p=0,1
Station sol > 1h	56 (23%)	179 (23%)	p=0,86
Peur de tomber	194 (74%)	666 (77%)	p=0,28
Sort de chez lui	201 (79%)	652 (76%)	p=0,45
Sort seul	126 (49%)	420 (50%)	p=1
Nombre de médicaments	9	7,2	p<0,05
Au moins un psychotrope	266 (100%)	366 (42%)	p<0,05
Récidive de chute à 6 mois	98	385	p=0,2
Nombre de chutes à 6 mois	1,32	1,37	p = 0,8
Ratio nombre de patients vus ≤ 2007 / nombre de patients vus ≥ 2008	51 / 215 = 0,237	224 / 650 = 0,345	p<0,05

Depuis 2008, il existe une augmentation significative des recommandations d'arrêt des psychotropes. (Tableau 2)

Parmi les 266 patients qui ont reçu une proposition d'arrêt de psychotropes, 158 ont été revus à six mois. Plus de la moitié d'entre eux (54%) ont suivi la recommandation et ont arrêté ou diminué la posologie des psychotropes (Figure 3). Il n'y avait pas de différence significative des caractéristiques entre les patients qui ont suivi la recommandation et ceux qui ne l'ont pas suivie (Tableau 3).

Tableau 3 : Caractéristiques selon le suivi de la recommandation (arrêt)

Caractéristiques	ARRET EFFECTIF N=84 (54%)	PAS D'ARRET N=73 (46%)	
Age (moyenne)	81,1	81,8	p=0,47
Sexe ratio (♀/♂)	3,9/1	7/1	p=0,2
Vit Seul	38 (45%)	37 (51%)	p=0,5
ADL	5,1	5,2	p=0,74
Antécédents de dépression	36 (43%)	36 (49%)	p=0,43
MMS moyen	24,5	25,3	p=0,37
Nombre de chutes dans les 6 mois précédents (moyenne)	3,6	3,3	p=0,54
Patient multichuteur (≥2 chutes/6mois)	52 (63%)	42 (58%)	p=0,62
Fracture de sa hauteur	43 (52%)	37 (51%)	p=1
Station sol > 1h	18 (24%)	11 (17%)	p=0,4
Peur de tomber	65 (78%)	52 (71%)	p=0,36
Sort de chez lui	65 (81%)	59 (82%)	p=1
Sort seul	35 (43%)	39 (55%)	p=0,19
Nombre de médicaments	9,17	8,9	p=0,67
Récidive de chute à 6 mois	30	25	p=1
Nombre de chutes à 6 mois	1,25	1,41	P=0,73

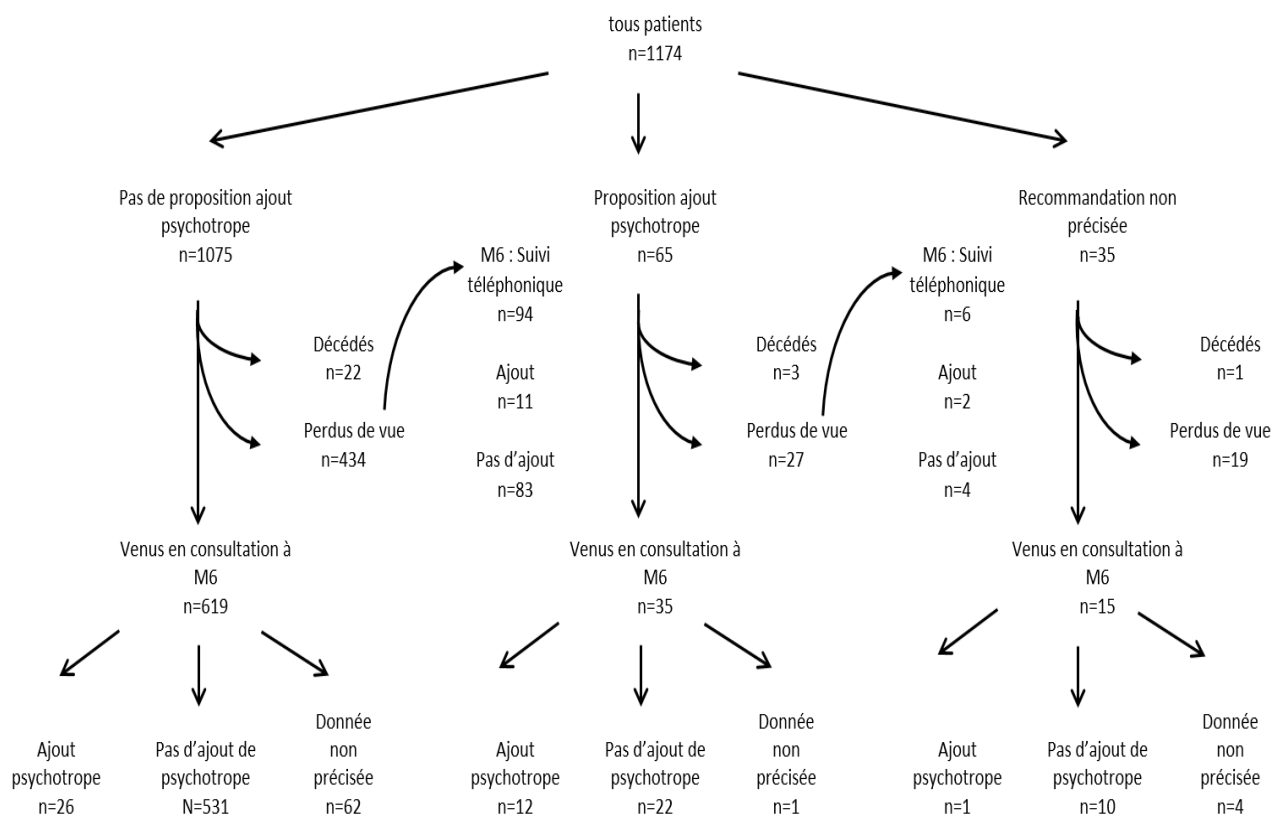
Il existe une réduction significative du nombre de chutes et du nombre de chuteurs à six mois pour l'ensemble des patients rencontrés en HDJ chute (Figures 1 et 2) mais il n'a pas été démontré de différence significative sur la réduction de récurrence de chute chez les patients qui ont arrêté ou diminué la posologie du médicament psychotrope (p=1) (Tableau 3).

Les classes médicamenteuses arrêtées ou diminuées après proposition initiale (1 patient peut avoir plusieurs modifications de ses psychotropes) sont :

- Patients revus à M6 : 84/158 (53%) :
 - Anxiolytiques : n=42
 - Hypnotiques : n=33
 - Antidépresseurs : n=18
 - Neuroleptiques : n=8
 - Thymorégulateurs : n=1
- Patients avec suivi téléphonique à M6 (échantillon) : 12/24 (50%)
 - Antidépresseurs : n=7
 - Anxiolytiques : n=7
 - Neuroleptiques : n=4
 - Hypnotiques : n=1
 - Thymorégulateurs : n=0

3.3. Ajout des psychotropes

Figure 4 : Flow chart : ajout de psychotropes



Nous avons proposé à 65 patients l'ajout d'un psychotrope (Figure 4). Ils avaient plus d'antécédents de dépression (OR=2,7 ; p<0,05) et consommaient déjà au moins un psychotrope (p<0,05) (Tableau 4).

Les classes médicamenteuses bénéficiant initialement d'une proposition d'ajout ou de majoration de posologie sont (un patient peut avoir plusieurs propositions d'ajout d'un psychotrope) :

- Antidépresseurs : n = 44
- Anxiolytiques : n = 11
- Hypnotiques : n = 10
- Neuroleptiques : n = 0
- Thymorégulateurs : n=0

Tableau 4 : Caractéristiques selon la proposition d'ajout de psychotropes

CARACTERISTIQUES	PROPOSITION AJOUT N=65 (5,7%)	PAS DE PROPOSITION D'AJOUT N=1074 (94,3%)	
Age (moyenne)	81,6	80,8	p=0,37
Sexe ratio (♀/♂)	2/1	2,7/1	p=0,32
Vit seul	29 (45%)	576 (54%)	p=0,16
ADL (moyenne)	5,24	5,25	P=0,97
Antécédent de dépression	33 (51%)	291 (27%)	p<0,05
MMS moyen	25,26	25,1	p=0,82
Nombre de chute dans les 6 mois précédents (moyenne)	2,78	3,03	p=0,59
Patient multichuteur (≥2 chutes/6mois)	34 (53%)	621 (58%)	p=0,5
Fracture de sa hauteur	25 (38%)	507 (48%)	p=0,16
Resté au sol > 1h	10 (17%)	221 (23%)	p=0,34
Peur de tomber	51 (84%)	808 (76%)	p=0,2
Sort de chez lui	50 (83%)	802 (76%)	p=0,27
Sort seul à pieds	28 (47%)	517 (50%)	p=0,69
Nombre moyen de médicaments	8,03	7,58	p=0,33
Au moins un psychotrope	51 (79%)	580 (54%)	p<0,05
Récidive de chutes à 6 mois	14 (42%)	245 (42%)	p=1
Nombre de chutes à 6 mois (moyenne)	1,7	1,2	p=0,3
Ratio nombre de patients vus ≤ 2007 / nombre de patients vus ≥ 2008	15 / 50 = 0,3	259 / 815 = 0,32	p = 1

Parmi ces 65 patients bénéficiant d'une proposition d'ajout de psychotropes, 35 étaient revus à six mois (Figure 4). 12 patients (34,3%) ont suivi la recommandation. Ils avaient un ADL significativement plus bas ($p < 0,05$) (Tableau 5)

Tableau 5 : Caractéristiques selon le suivi de la recommandation (ajout)

CARACTERISTIQUES	AJOUT EFFECTIF N= 12 (34%)	PAS D'AJOUT N= 23 (66%)	
Age (moyenne)	78,7	83	$p=0,12$
Sexe ratio (♀/♂)	11/1	14/9 1,5/1	$p=0,11$
Vit seul	6 (50%)	8 (35%)	$p=0,48$
ADL (moyenne)	4,7	5,5	$p < 0,05$
Antécédent de dépression	8 (67%)	11 (48%)	$p=0,48$
MMS moyen	23,4	26,1	$p=0,15$
Nombre chute dans les 6 mois précédents (moyenne)	3,09	2,9	$p=0,9$
Patient multichuteur (≥ 2 chutes/6mois)	6 (55%)	11 (48%)	$p=1$
Fracture de sa hauteur	6 (50%)	8 (35%)	$p=0,48$
Resté au sol > 1h	3 (27%)	2 (10%)	$p=0,32$
Peur de tomber	10 (91%)	17 (77%)	$p=0,64$
Sort de chez lui	10 (91%)	20 (91%)	$p=1$
Sort seul à pieds	3 (27%)	14 (64%)	$p=0,07$
Nombre de médicaments (moyenne)	9,5	7,1	$p=0,12$
Au moins un psychotrope	9 (75%)	17 (74%)	$p=1$
Récidive de chutes à 6 mois	8	2	$p < 0,05$
Nombre de chutes à 6 mois	3,3	1,05	$p < 0,05$

L'introduction d'un traitement psychotrope était significativement associée à une augmentation du risque de chute OR = 9,77 (IC95% (1,4-120,5) $p < 0,05$) et multipliait par trois le nombre de chute ($p < 0,05$) (Tableau 5).

Les classes médicamenteuses ajoutées ou augmentées après proposition initiale (un patient peut avoir eu plusieurs ajouts de psychotropes) sont :

- Patients revus à M6 : 12/35 (34%)
 - Antidépresseurs : n = 8
 - Anxiolytiques : n = 5
 - Hypnotiques : n = 0
 - Neuroleptiques : n = 0
 - Thymorégulateurs : n = 0

- Patients avec suivi téléphonique à M6 (échantillon) : 2/6 (33%)
 - Antidépresseurs : n = 2
 - Anxiolytiques : n = 0
 - Hypnotiques : n = 0
 - Neuroleptiques : n = 0
 - Thymorégulateurs : n=0

4. DISCUSSION

4.1. Principaux résultats

- Plus d'un patient sur 2 rencontré en HDJ chute reçoit au moins un psychotrope (56%)
- 40% des patients se sont vus proposer d'arrêter ou de diminuer leurs psychotropes à l'issue de l'évaluation multidisciplinaire de la chute.

Ces patients étaient majoritairement des femmes (sexe ratio : 5,2/1 ; $p < 0,05$) aux antécédents de dépression (47% ; $p < 0,05$). Ils consommaient significativement plus de médicaments (9 médicaments vs 7,2 ; $p < 0,05$). 61% étaient des multichuteurs.

Les recommandations concernant l'arrêt ou la diminution des psychotropes ont été suivies par 53% des patients revus à 6 mois.

Si la prise en charge multidisciplinaire au cours de l'HDJ chute s'accompagne d'une réduction du nombre de chutes à 6 mois pour l'ensemble des patients, il n'existe pas de différence significative sur la récurrence de chute ou le nombre de chutes entre les patients ayant arrêté un psychotrope et ceux n'ayant pas suivi la recommandation.

- Soixante cinq patients se sont vus proposer l'ajout ou la majoration de posologie d'un psychotrope à l'issue de l'évaluation multidisciplinaire de la chute

51% avaient des antécédents de dépression et 79% consommaient déjà au moins un psychotrope ($p < 0,05$).

Cette recommandation a été suivie pour un patient sur trois revus en consultation à six mois. L'ajout d'un traitement psychotrope était significativement associé à une non diminution de la récurrence de chute ($p < 0,05$) et du nombre de chutes ($p < 0,05$), comparativement aux patients n'ayant pas suivi cette recommandation. Ces résultats sont toutefois à interpréter avec prudence compte tenu du faible effectif. (10 patients)

4.2. Arrêt des psychotropes et chutes

L'arrêt des psychotropes fait partie des recommandations nationales et internationales. (18,36) Les programmes de prévention multidisciplinaire, incluant une réduction de la consommation des psychotropes chez les patients à risque, ont démontré leur intérêt dans la réduction du risque de chute. (37)

Le coût hospitalier annuel des blessures liées aux chutes et attribuées aux benzodiazépines a été estimé à environ 1,8 milliards d'euros en 2000 en Europe. (16)

D'après une étude hollandaise, 60 millions d'euros pourraient être économisés en adoptant une stratégie de réduction de consommation de ces médicaments pourvoyeurs de chute. (38)

La réduction de posologie ou l'arrêt des psychotropes permet de réduire le risque de chutes (33,39–41) et le recours aux soins après une chute. (42)

Une des explications dans la réduction du nombre de chutes pourrait être la réversibilité des effets des psychotropes sur le contrôle postural (43,44) ainsi qu'une amélioration des fonctions cognitives à l'arrêt des traitements. (41,43)

Néanmoins, les études interventionnelles sur lesquelles s'appuient les recommandations sont peu nombreuses. Seul un essai randomisé (93 participants) a montré que l'arrêt progressif des psychotropes après 44 semaines réduisait significativement le nombre de chutes (RR=0,34 IC 95% [0,16-0,74]), mais pas le risque de chutes (RR=0,61 IC95% [0,32-1,17]). (39)

En revanche, dans un essai randomisé, la revue de l'ordonnance et sa modification éventuelle n'étaient pas associées à une réduction du nombre de chutes ni du risque de chute. (45)

Deux autres études ont montré la possibilité de réduire la consommation de psychotropes mais sans effet sur la récurrence de chutes. L'analyse de l'ordonnance par le pharmacien, avec communication au médecin généraliste, a permis de réduire la prescription inappropriée de psychotropes, mais pas le risque de chute. (46) Weber et al. ont utilisé un logiciel de prescription électronique pour analyser les ordonnances et transmettre les recommandations au médecin traitant. Les résultats à 15 mois montrent une réduction significative du nombre de psychotropes ($p < 0.05$), mais l'absence de réduction du nombre total de médicaments, et l'absence d'effet sur le risque de chute. (47) Un essai randomisé a montré l'efficacité de la révision de l'ordonnance complète (pas exclusivement les psychotropes) par le médecin généraliste (après une formation adaptée), permettant de réduire le risque de chute à un an sans altérer la qualité de vie des patients. (48)

La réduction ou l'arrêt progressif d'un traitement par benzodiazépine ou molécule apparentée est possible, avec des taux de succès entre 26 et 64% selon les études. Une prise en charge cognitivo-comportementale associée permet une meilleure gestion de l'arrêt des benzodiazépines. (49)

Une étude prospective finlandaise avait montré qu'un entretien d'une heure avec un gériatre, expliquant les risques des benzodiazépines et molécules apparentées, avait permis une réduction de la consommation des psychotropes de 35% par rapport au groupe contrôle, après un suivi de douze mois. (50)

Cependant, plusieurs auteurs ont mis en avant certaines difficultés associées à l'arrêt des traitements psychotropes, avec une recrudescence des troubles du sommeil ou du comportement nécessitant la reprise du traitement. (32,41,51)

En effet, le maintien au long cours de l'arrêt effectif n'est pas facile : en cas de récurrence de symptômes anxieux, de troubles du sommeil, les patients ont tendance à reprendre leur médicament psychotrope. 47% des patients avaient repris leurs traitements après un mois d'arrêt dans l'étude de Campbell et al. (39)

La plupart des recommandations pour réduire le risque de chutes sont multifactorielles et la révision de l'ordonnance en est une des composantes. Aussi, il est souvent difficile de savoir la part attribuable à chaque recommandation suivie dans la réduction du risque de chutes. D'autres études ont prouvé qu'il était difficile d'évaluer l'effet d'une recommandation précise parmi l'ensemble de l'intervention multifactorielle. (32,42,52) Cependant, cette proposition d'ajustement thérapeutique est une stratégie peu coûteuse dans la réduction du risque de chutes, (38) comparativement aux autres stratégies de prise en charge, qu'elles soient multifactorielles ou basées sur la réalisation d'exercices.

Compte tenu du caractère multifactoriel des chutes, il n'est cependant pas étonnant d'observer dans notre étude l'absence de lien entre la réduction du nombre de chutes et l'arrêt des psychotropes.

4.3. Ajout des psychotropes et chutes

Dans notre étude, nous avons proposé à certains patients d'ajouter un traitement psychotrope, majoritairement des antidépresseurs et des anxiolytiques, devant la présence d'éléments cliniques en faveur d'un syndrome dépressif et de troubles anxieux malgré le risque de chutes. (53)

La récurrence de chutes à six mois était significativement associée à l'introduction d'un traitement psychotrope, qui multipliait par trois le nombre de chutes ($p < 0,05$), avec la réserve d'interprétation sur un effectif concernant uniquement 10 patients.

Plusieurs études ont montré un risque élevé de chutes à l'introduction du traitement antidépresseur. (21,54–57) Le risque de chutes augmente dans les trois premiers jours

après initiation des médicaments psychotropes, OR = 3,4 (IC95% 1,2-9,5). (56) Dans une étude prospective en EHPAD, une majoration du risque de chutes était observée dans les jours suivants l'introduction ou l'augmentation de posologie d'un traitement psychotrope, et ce quelle que soit la classe : antidépresseur, antipsychotique et benzodiazépine. Dans cette étude, une augmentation du risque de chutes s'observait également dans les 3-4 jours avant la modification du traitement. En effet, en EHPAD, les modifications thérapeutiques sont réalisées en réponse à l'évolution récente des troubles cliniques (insomnie, agressivité, troubles du comportement..) eux-mêmes à risque de chutes. (54)

Ce risque de chutes associé à l'introduction récente d'un psychotrope s'accompagne également d'un risque accru de blessures. Deux études ont montré une majoration du risque de fracture de hanche dans les quinze à trente premiers jours après l'introduction d'un traitement antidépresseur par tricyclique ou IRS.(19,20) Cependant il est possible que cette augmentation du risque de chute à l'introduction d'un traitement par antidépresseur soit temporaire, jusqu'au moment où la dose efficace soit atteinte, permettant de diminuer les symptômes dépressifs. (57)

Une étude prospective canadienne sur 5 ans a montré une augmentation du risque de blessures à l'introduction d'un traitement par benzodiazépine, quelle que soit la demi-vie de la molécule. (58)

Les antipsychotiques atypiques et les IRS sont moins pourvoyeurs d'effets secondaires que les antipsychotiques classiques et les antidépresseurs tricycliques. Cependant ils ne diminuent pas le risque de chutes et de fracture de hanche chez leurs utilisateurs. (31)

Dans notre étude, 79% des patients qui recevaient une recommandation d'ajout de psychotropes consommaient déjà au moins un médicament de cette classe. Or, l'existence d'une co-prescription de psychotropes majore le risque de chutes. (59,60) Leipzig et al. avaient déjà démontré que les patients consommant deux psychotropes ou plus avaient un risque majoré de chutes par rapport à ceux n'en prenant qu'un. (12) De la même façon, un risque de chute plus élevé a été observé chez les patients consommant au moins deux psychotropes OR=1,95 (IC95% 1,35-2,81 ; p<0,05) en analyse multivariée. (60) Les auteurs d'une étude de cohorte rétrospective ont observé une augmentation croissante du risque d'hospitalisation secondaire aux chutes en fonction du nombre de médicaments « psycho-actifs » (psychotropes, opioïdes, antiparkinsoniens, antimigraineux et antiépileptiques) ainsi qu'en fonction de la dose prescrite. (59)

Quand l'usage des psychotropes est indispensable, leur prescription doit être accompagnée d'un suivi rapproché chez les patients à risque de chute. L'indication, la posologie et la durée du traitement doivent être réévaluées fréquemment.

4.4. Justification des propositions d'arrêt ou d'ajout de psychotropes et adhésion des patients aux recommandations

Dans notre étude nous avons proposé l'arrêt ou la diminution des psychotropes dans 40% des cas. Ce qui signifie qu'un patient sur 2 n'a pas fait l'objet d'une proposition d'arrêt de psychotropes.

Les gériatres ont volontiers proposé l'arrêt d'hypnotiques et d'anxiolytiques, moins souvent d'antidépresseurs et quasiment jamais de thymorégulateurs. S'il est facile d'interroger le patient sur l'usage qu'il fait des hypnotiques et anxiolytiques et d'envisager la possibilité d'en diminuer l'usage ou de l'interrompre, il est difficile au cours d'une consultation unique de déterminer la pertinence de maintenir ou non un traitement antidépresseur ou un thymorégulateur, ce qui explique la plus faible prévalence de la proposition d'arrêt de ces traitements.

A l'inverse nous avons proposé à 5,7% des patients un ajout de psychotropes, et principalement d'antidépresseurs (n = 44). En effet il semble que plusieurs patients présentant des symptômes dépressifs ne bénéficiaient pas de traitement adapté, et consommaient en priorité des anxiolytiques et hypnotiques.

D'autres recommandations apparaissaient parfois prioritaires face aux modifications thérapeutiques pour certains patients (kinésithérapie, exercice physique, adaptation du logement). (35,39) Parfois il n'est pas proposé de modifications thérapeutiques car il n'existe pas d'alternative non médicamenteuse réalisable. (61) Dans notre étude lorsque les patients ont été revus à 6 mois, 46% d'entre eux n'ont pas réalisé l'ajustement thérapeutique conseillé concernant l'arrêt de psychotropes, et 66% pour l'ajout.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer le suivi incomplet de cette recommandation :

- L'arrêt définitif d'un psychotrope est parfois très difficile à accepter pour le patient.
- Le nombre total de recommandations pour réduire le risque de chute doit être limité afin de faciliter l'adhésion des patients aux recommandations. (62)

Ainsi, dans un autre travail sur la population de la consultation de la chute au CHRU de Lille, des modifications thérapeutiques étaient proposées pour 47 % des patients. Ces propositions n'ont pas été suivies dans 52% des cas. Néanmoins aucune donnée n'était disponible sur les classes médicamenteuses arrêtées ou initiées. Les patients chuteurs semblent adhérer préférentiellement à d'autres recommandations médicales comme la pratique des séances de kinésithérapie et les modifications environnementales de leur domicile. (35)

Dans une étude australienne (n= 376), les auteurs ont montré qu'il existait des facteurs individuels influençant l'efficacité de la prise en charge multidisciplinaire comme la conscience du patient de son risque de chute et de blessure. Il apparaît également important que le patient soit convaincu de l'intérêt de l'efficacité du suivi des recommandations. (63)

- Les propositions d'ajustement thérapeutique faites par le gériatre en consultation multidisciplinaire de la chute n'apparaissent parfois pas légitime aux yeux du patient qui a établi une relation de confiance avec son médecin traitant et qui a recours aux prescriptions de ce dernier. (39) Il est important de réfléchir aux modalités d'annonce et de mise en œuvre des recommandations visant l'arrêt ou la réduction des psychotropes, qui sans doute influencent leur suivi.
- Le médecin traitant ne suit qu'imparfaitement les modifications thérapeutiques conseillées. (64) Si certains médecins traitants sont réfractaires à tout changement (une minorité), on peut supposer que les autres prennent le temps de réévaluer l'indication des traitements psychotropes après avoir pris connaissance des propositions faites en consultation de la chute. Or, connaissant le mieux leurs patients, ils sont les plus à même de proposer ou non ces modifications de traitements psychotropes.
- Dilemme sur les facteurs de risque de chute : la dépression est un facteur de risque de chute, mais les antidépresseurs représentent également un facteur de risque de chute. La mauvaise qualité du sommeil, particulièrement rapportée par le patient âgé, est responsable de troubles du contrôle postural, avec majoration du risque de chute ; mais les hypnotiques prescrits pour améliorer la qualité du sommeil sont aussi un facteur de risque de chutes. (65)

Peu d'études s'intéressent à l'adhésion aux recommandations. Dans un travail de Hill et coll, intéressant 13 cliniques de la chute, avec 5.7 +/- 2.3 recommandations proposées par patient (range 0-17), une modification thérapeutique était proposée pour 16% des patients. Ce travail ne précise pas les classes médicamenteuses intéressées par les propositions d'arrêt ou d'ajout. L'adhésion à cette recommandation est également difficile à apprécier, les auteurs ayant regroupé les modifications thérapeutiques et la réalisation d'investigations complémentaires sous le même item (adhésion 73.9% à 6 mois). (62)

La HAS a publié plusieurs recommandations concernant la prévention des chutes répétées du sujet âgé, la consommation de psychotropes des personnes âgées et les modalités d'arrêt des benzodiazépines et molécules apparentés. (3,18,34) Ces recommandations semblent avoir une influence directe sur le comportement des médecins. En effet dans notre étude, nous avons mis en évidence une augmentation des propositions d'arrêt des psychotropes depuis 2008, suite à la publication de la HAS sur la consommation de psychotropes chez les patients âgés.

4.5. Forces et limites de l'étude

Le caractère monocentrique de notre étude est une limite. Néanmoins l'inclusion sur une période prolongée (2005 - 2014) a permis l'obtention d'un effectif de patients important, permettant une analyse statistique, d'autant que tous les patients ont bénéficié d'une évaluation standardisée et relativement exhaustive.

43 % des patients étaient perdus de vue à six mois (chiffres habituels retrouvés dans la littérature). Cependant nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les deux populations, sur l'âge, le sexe, le MMS moyen, l'ADL et les propositions d'ajustement thérapeutique.

Une deuxième limite de ce travail est l'absence de prise en compte de l'indication du traitement psychotrope, ni de la posologie de ce dernier. Nous n'avons pas non plus différencié la modification de posologie (baisse ou augmentation) et l'arrêt ou l'ajout des psychotropes.

Nous n'avons pas réalisé de dépistage de la dépression de manière systématique en consultation. Cela aurait peut-être permis de proposer l'arrêt de l'antidépresseur à certains patients, mais à l'inverse également de proposer l'introduction de traitement antidépresseur à une proportion plus importante de patients.

Cependant, la dépression et l'anxiété peuvent aussi être abordés par des thérapeutiques non pharmacologiques. Les patients peuvent bénéficier de thérapeutiques non médicamenteuses (psychothérapie, relaxation, gestion du stress..) (27) Une méta-analyse de 2014 a démontré que la psychothérapie était efficace pour la dépression du sujet âgé. (mais beaucoup de limites à cette méta analyse : âge des participants, peu d'études, population peu représentative).(66) Une autre méta-analyse de 2009 a étudié l'efficacité de l'activité physique sur les symptômes dépressifs du sujet âgé. Les résultats étaient positifs à court terme, sans pouvoir individualiser l'effet unique du sport ou l'effet de groupe (la plupart des études incluaient des rééducations en groupe). (67) De plus, l'activité physique a montré son efficacité sur la réduction des chutes. (37)

La réévaluation de l'ordonnances chez les patients âgés à risque de chutes fait partie des recommandations de la HAS et de la SFGG (Société Française de Gériatrie et Gériatrie). Or, les modalités d'annonce et de mise en œuvre des recommandations visant l'arrêt ou la réduction des psychotropes influencent probablement le résultat. Bien que les recommandations préconisées pour réduire son risque de chute individuel soient exposées à chaque patient en consultation, nous n'avons pas de précision sur le temps passé à l'explication de ces propositions, ni sur la motivation du patient.

Les recommandations d'adaptation thérapeutique sur les psychotropes ont été suivies pour la moitié des patients. Cette stratégie d'ajustement thérapeutique, bien qu'incomplètement suivie est applicable en ambulatoire et peu coûteuse par rapport à d'autres recommandations pour réduire le risque de chute. (38)

Le médecin généraliste joue un rôle capital dans la mise en place de ces recommandations. En effet, la réévaluation de l'ordonnance n'est qu'une proposition formulée par l'équipe de l'hôpital de jour. Son application effective est laissée à l'initiative du médecin traitant, s'il la juge pertinente. L'intégration du médecin traitant dans l'ensemble du processus n'est probablement pas assez développée. Des formations et/ou informations spécifiques pour l'aider à aborder cette problématique pourrait être proposées.

Nous n'avons pas réalisé d'analyse spécifique quant au suivi des recommandations selon le médecin qui a adressé le patient (médecin traitant ou autre médecin spécialiste) : une étude dans ce sens pourrait être envisagée.

Un délai de suivi et de réévaluation à douze mois aurait pu permettre de mettre en évidence un meilleur effet sur le suivi des recommandations. En effet, suite à la première évaluation, de nombreuses propositions sont faites et le patient ne parvient pas à toutes les suivre. Avec un rappel à six mois, il peut se focaliser sur d'autres objectifs que nous serions en mesure d'évaluer à un an. De plus les traitements sont parfois consommés depuis plusieurs années, ce qui rend leur arrêt ou diminution plus difficile. A l'inverse, peut-être aurions-nous observé une reprise de certains médicaments psychotropes par les patients les ayant interrompus.

5. CONCLUSION

Les chutes et la consommation des psychotropes sont fréquentes en population gériatrique. Ces problématiques de santé publique ont conduit à l'élaboration de recommandations nationales.

La prise en charge multidisciplinaire proposée aux patients consultant en Hôpital de Jour « chute » se traduit par une réduction significative du nombre de chutes à six mois. Ce travail démontre la possibilité de diminution et/ou arrêt des psychotropes chez les patients âgés à haut risque de chute, même si le lien direct entre la réduction du nombre de chuteurs et du nombre de chutes avec l'arrêt des psychotropes n'a pu être démontré.

La moitié des patients a suivi les recommandations proposées concernant l'arrêt des psychotropes. Cela prouve que l'adaptation thérapeutique est possible chez les personnes âgées. L'implication du médecin traitant dans la révision de l'ordonnance des patients est primordiale.

Ce travail souligne aussi indirectement les difficultés de la prise en charge des troubles psychologiques et/ou psychiatriques du sujet âgé, du dépistage (intérêt d'outils ou d'échelles validés?) à leur prise en charge thérapeutique.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Richard J-B, Thélot B, Beck F. Accidents de la vie courante 2010. St-Denis INPES Coll Baromètres Santé
2. Mary E. Tinetti, Mark Speechley, Sandra F. Ginter. Risk Factors For Falls Among Elderly Persons Living In The Community. N Engl J Med. 29 déc 1988;36(26):1701-7.
3. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. HAS - Synthèse Recomm Prof. avr 2009
4. Tinetti ME. Preventing falls in elderly persons. N Engl J Med. 2003;348(1):42-49.
5. Ermanel C, Thélot B, Jouglu E, Pavillon G. Epidémiologie et prévention des chutes chez les personnes âgées. Bull Epidémiologique Hebd - InVS . 2 oct 2007
6. Mangoni AA, Jackson SHD. Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. Br J Clin Pharmacol. janv 2004;57(1):6-14.
7. Andrea Hämmerlein, Hartmut Derendorf, David T. Lowenthal. Pharmacokinetic and Pharmacodynamic Changes in the Elderly ; Clinical Implications. Clin Pharmacokinet. juill 1998;35(1):49-64.
8. Greenblatt DJ, Harmatz JS, Shader RI. Clinical pharmacokinetics of anxiolytic and hypnotics in the elderly. Clin Pharmacokinet. 1991;21:262-73.
9. Bloch F, Thibaud M, Dugue B, Breque C, Rigaud A-S, Kemoun G. Psychotropic Drugs and Falls in the Elderly People: Updated Literature Review and Meta-Analysis. J Aging Health. 1 mars 2011;23(2):329-46.
10. Souchet E, Lapeyre-Mestre M, Montastruc J-L. Drug related falls: a study in the French Pharmacovigilance database. Pharmacoepidemiol Drug Saf. janv 2005;14(1):11-6.
11. Hartikainen S, Lönnroos E, Louhivuori K. Medication as a Risk Factor for Falls: Critical Systematic Review. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 10 janv 2007;62(10):1172-81.
12. Rosanne M. Leipzig, Robert G. Cumming, Mary E. Tinetti. Drugs and Falls in Older People : A Systematic Review and Meta-analysis : I. Psychotropic Drugs. J Am Geriatr Soc. 1999;(47):30-9.
13. John C. Woolcott, Kathryn J. Richardson, Matthew O. Wiens. Meta-analysis of the Impact of 9 Medication Classes on Falls in Elderly Persons. Arch Interne Med. 23 nov 2009;169(21).
14. Johnell K, Jonasdottir Bergman G, Fastbom J, Danielsson B, Borg N, Salmi P. Psychotropic drugs and the risk of fall injuries, hospitalisations and mortality among older adults: Psychotropic drugs and outcomes among older adults. Int J Geriatr Psychiatry 2016
15. de Groot MH, van Campen JPCM, Moek MA, Tulner LR, Beijnen JH, Lamoth CJC. The Effects of Fall-Risk-Increasing Drugs on Postural Control: A Literature Review. Drugs Aging. nov 2013;30(11):901-20.

16. Panneman MJ, Goettsch WG, Kramarz P, Herings RM. The costs of benzodiazepine-associated hospital-treated fall injuries in the EU: a Pharmostudy. *Drugs Aging*. 2003;20(11):833–839.
17. Glass J. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ*. 19 nov 2005;331(7526):1169-0.
18. Améliorer la prescription des psychotropes chez les personnes âgées - HAS - 2007
19. Barbara Liu, Geoff Anderson, Nicole Mittman, Teresa To, Tami Axcell, Neil Shear. Use of selective serotonin-reuptake inhibitors or tricyclic antidepressants and risk of hip fractures in elderly people. *The Lancet*. 2 mai 1998;651:1303-7.
20. Hubbard R. Exposure to Tricyclic and Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Antidepressants and the Risk of Hip Fracture. *Am J Epidemiol*. 1 juill 2003;158(1):77-84.
21. Purushottam B. Thapa, M.B., M.P.H, Patricia Gideon. Antidepressants and the risk of falls among nursing home residents. *N Engl J Med*. 1998;339(13):875-82.
22. Dilip V. Jeste, Enid Rockwell, M.Jacquelyn Harris, James B.Lobr, Jonathan Lacro. Conventional vs Newer Antipsychotics in Elderly Patients. *Am J Geriatr Psychiatry*. winter 1999;7(1):70-6.
23. Hien LTT, Cumming RG, Cameron ID, Chen JS, Lord SR, March LM, et al. Atypical Antipsychotic Medications and Risk of Falls in Residents of Aged Care Facilities: ATYPICAL ANTIPSYCHOTICS AND FALLS. *J Am Geriatr Soc*. août 2005;53(8):1290-5.
24. Chatterjee S, Chen H, Johnson ML, Aparasu RR. Risk of Falls and Fractures in Older Adults Using Atypical Antipsychotic Agents: A Propensity Score–Adjusted, Retrospective Cohort Study. *Am J Geriatr Pharmacother*. avr 2012;10(2):83-94.
25. Kwan MM-S, Lin S-I, Close JCT, Lord SR. Depressive symptoms in addition to visual impairment, reduced strength and poor balance predict falls in older Taiwanese people. *Age Ageing*. 1 sept 2012;41(5):606-12.
26. Kvelde T, McVeigh C, Toson B, Greenaway M, Lord SR, Delbaere K, et al. Depressive Symptomatology as a Risk Factor for Falls in Older People: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Geriatr Soc*. mai 2013;61(5):694-706.
27. Kvelde T, Lord SR, Close JCT, Reppermund S, Kochan NA, Sachdev P, et al. Depressive symptoms increase fall risk in older people, independent of antidepressant use, and reduced executive and physical functioning. *Arch Gerontol Geriatr*. janv 2015;60(1):190-5.
28. Jerome A. Yesavage, T.L. Brink, Terence L. Rose, Owen Lum. Development and validation of a geriatric depression screening scale : a preliminary report. *J Psychiat Res*. 1983;17(1):37-49.
29. George S. Alexopoulos, Robert C. Abrams, Robert C. Young, Charles A. Shamoian. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry*. 1988;23:271-84.
30. Kørner A, Lauritzen L, Abelskov K, Gulmann N, Marie Brodersen A, Wedervang-Jensen T, et al. The Geriatric Depression Scale and the Cornell Scale for Depression in Dementia. A validity study. *Nord J Psychiatry*. janv 2006;60(5):360-4.

31. Allen R. Huang, Louise Mallet, Christian M.Rochefort, Tewodros Eguale, David L.Buckeridge, Robin Tamblyn. Medication-Related Falls in the Elderly. *Drugs Aging*. 2012;29(5):359-76.
32. Hill KD, Wee R. Psychotropic Drug-Induced Falls in Older People : A Review of Interventions Aimed at Reducing the Problem. *Drugs Aging*. 2012;29(1):15-30.
33. van der Velde N, Stricker BHC, Pols HAP, van der Cammen TJM. Risk of falls after withdrawal of fall-risk-increasing drugs: a prospective cohort study. *Br J Clin Pharmacol*. févr 2007;63(2):232-7.
34. Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé. HAS - Synthèse Recomm Prof . oct 2007
35. Puisieux F, Pollez B, Deplanque D, Di Pompeo C, Pardessus V, Thevenon A, et al. Successes and setbacks of the falls consultation: Report on the first 150 patients. *Am J Phys Med Rehabil*. 2001;80(12):909–915.
36. American Geriatrics Society, Society BG, American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc*. 2001;(49):664-72.
37. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 ;9(11).
38. Nathalie van der Velde, Willen Jan Meerding, Caspar W.Looman, Huibert A.P. Pols. Cost Effectiveness of Withdrawal of Fall-Risk-Increasing Drugs in Geriatric Outpatients. *Drugs Aging*. 2008;25(6):521-629.
39. Campbell AJ, Robertson MC, Gardner MM, Norton RN, Buchner DM. Psychotropic medication withdrawal and a home-based exercise program to prevent falls: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47(7):850–853.
40. van der Cammen TJ, Rajkumar C, Onder G, Sterke CS, Petrovic M. Drug cessation in complex older adults: time for action. *Age Ageing*. 1 janv 2014;43(1):20-5.
41. Iyer S, Naganathan V, McLachlan AJ, Le Conteur DG. Medication withdrawal trials in people aged 65 years and older. *Drugs Aging*. 2008;25(12):1021–1031.
42. Salonoja M, Salminen M, Vahlberg T, Aarnio P, Kivelä S-L. Withdrawal of psychotropic drugs decreases the risk of falls requiring treatment. *Arch Gerontol Geriatr*. janv 2012;54(1):160-7.
43. Tsunoda K, Uchida H, Suzuki T, Watanabe K, Yamashima T, Kashima H. Effects of discontinuing benzodiazepine-derivative hypnotics on postural sway and cognitive functions in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. déc 2010;25(12):1259-65.
44. Van der Velde N, Stricker BHC, Pols HA, van der Cammen TJ. Withdrawal of Fall-Risk-Increasing Drugs in Older Persons. *Drugs Aging*. 2007;24(8):691–699.
45. Susan J. Blalock, Carri Casteel, Mary T. Roth, Stefanie Ferreri, Karen B. Demby, Viswanathan Shankar. Impact of Enhanced Pharmacologic Care on the Prevention of Falls : A Randomized Controlled Trial. *Am J Geriatr Pharmacother*. oct 2010;8(5):428-40.

46. Patterson SM, Hughes CM, Crealey G, Cardwell C, Lapane KL. An Evaluation of an Adapted U.S. Model of Pharmaceutical Care to Improve Psychoactive Prescribing for Nursing Home Residents in Northern Ireland (Fleetwood Northern Ireland Study). *J Am Geriatr Soc.* janv 2010;58(1):44-53.
47. Weber V, White A, McIlvried R. An Electronic Medical Record (EMR)-Based Intervention to Reduce Polypharmacy and Falls in an Ambulatory Rural Elderly Population. *J Gen Intern Med.* avr 2008;23(4):399-404.
48. Pit SW, Byles JE, Henry DA, Holt L, Hansen V, Bowman DA, et al. A Quality Use of Medicines program for general practitioners and older people: a cluster randomised controlled trial. *Med J Aust.* 2007;187(1):23.
49. Baillargeon L, Landreville P, Verreault R, Beauchemin J-P, Grégoire J-P, Morin CM. Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated with cognitive-behavioural therapy combined with gradual tapering: a randomized trial. *CMAJ Can Med Assoc J.* 11 nov 2003;169(10):1015-20.
50. Salonoja M, Salminen M, Aarnio P, Vahlberg T, Kivela SL. One-time counselling decreases the use of benzodiazepines and related drugs among community-dwelling older persons. *Age Ageing.* 1 mai 2010;39(3):313-9.
51. Ruths S, Straand J, Nygaard HA, Bjorvatn B, Pallesen S ale. Effect of antipsychotic withdrawal on behavior and sleep/wake activity in nursing home residents with dementia: a randomized, placebo-controlled, double-blinded study The Bergen District Nursing Home Study. *J Am Geriatr Soc.* 2004;52(10):1737–1743.
52. Mary E. Tinetti, Dorothy I. Baker, Gail McAvay, Elizabeth B. Claus. A Multifactorial Intervention to Reduce the Risk of Falling among Elderly People Living in the Community. *N Engl J Med.* 29 sept 1994 ;331(13).
53. Paleacu D, Shutzman A, Giladi N, Herman T, Simon ES, Hausdorff JM. Effects of pharmacological therapy on gait and cognitive function in depressed patients. *Clin Neuropharmacol.* avr 2007;30(2):63-71.
54. Murray A. Echt, Elizabeth J. Samelson, Marian T Hannan, Alyssa B Dufour, Sarah D Berry. Psychotropic drug initiation or increased dosage and the acute risk of falls: a prospective cohort study of nursing home residents. *BMC Geriatr.* 2013;13(19):1-8.
55. Neutel CI, Perry S, Maxwell C. Medication use and risk of falls. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* mars 2002;11(2):97-104.
56. Sorock GS, Quigley PA, Rutledge MK, Taylor J, Luo X, Foulis P, et al. Central nervous system medication changes and falls in nursing home residents. *Geriatr Nur (Lond).* 2009;30(5):334–340.
57. Berry SD, Zhang Y, Lipsitz LA, Mittleman MA, Solomon DH, Kiel DP. Antidepressant Prescriptions: An Acute Window for Falls in the Nursing Home. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* oct 2011;66A(10):1124-30.
58. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Berger R du, McLeod P, Bartlett G. A 5-Year Prospective Assessment of the Risk Associated with Individual Benzodiazepines and Doses in New Elderly Users. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(2):233–241.

59. Pratt NL, Ramsay EN, Kalisch Ellett LM, Nguyen TA, Barratt JD, Roughead EE. Association Between Use of Multiple Psychoactive Medicines and Hospitalization for Falls: Retrospective Analysis of a Large Healthcare Claim Database. *Drug Saf.* 2014;37(7):529-35.
60. Hanlon JT, Boudreau RM, Roumani YF, Newman AB, Ruby CM, Wright RM, et al. Number and Dosage of Central Nervous System Medications on Recurrent Falls in Community Elders: The Health, Aging and Body Composition Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* avr 2009;64A(4):492-8.
61. Meredith S., Feldman P., Frey D., Giammarco L., Hall K., Arnold K., et al. Improving medication use in newly admitted home healthcare patients : a randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* sept 2002;50(9):1484-91.
62. Hill KD, Moore KJ, Dorevitch MI, Day LM. Effectiveness of Falls Clinics: An Evaluation of Outcomes and Client Adherence to Recommended Interventions: Falls clinic outcomes. *J Am Geriatr Soc.* avr 2008;56(4):600-8.
63. Hill K, Day L, Haines T. What factors influence community-dwelling older people's intent to undertake multifactorial fall prevention programs? *Clin Interv Aging.* nov 2014;2045.
64. Thèse - Anne-Emilie Petit. L'évaluation à six mois des patients vus en consultation multidisciplinaire de la chute. Lille 2; 2011.
65. Hill EL, Cumming RG, Lewis R, Carrington S, Le Couteur DG. Sleep disturbances and falls in older people. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2007;62(1):62–66.
66. Cuijpers P, Karyotaki E, Pot AM, Park M, Reynolds CF. Managing depression in older age: Psychological interventions. *Maturitas.* oct 2014;79(2):160-9.
67. Blake H, Mo P, Malik S, Thomas S. How effective are physical activity interventions for alleviating depressive symptoms in older people? A systematic review. *Clin Rehabil.* 1 oct 2009;23(10):873-87.

7. ANNEXES

Annexe 1 : Echelle GDS (Geriatric Depression Scale)

Échelle d'auto-évaluation de l'humeur

GDS, Geriatric Depression Scale, de T.L. Brink et J.A. Yesavage

Nom et Prénom

Date

Âge

Sexe

01 - Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	oui	non	*
02 - Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?	oui	non	*
03 - Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui	non	*
04 - Vous ennuyez-vous souvent ?	oui	non	*
05 - Envisagez-vous l'avenir avec optimisme ?	oui	non	*
06 - Êtes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse ?	oui	non	*
07 - Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	oui	non	*
08 - Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir ?	oui	non	*
09 - Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps ?	oui	non	*
10 - Avez-vous souvent besoin d'aide dans vos activités ?	oui	non	*
11 - Vous sentez-vous souvent nerveux(se) au point de ne pouvoir tenir en place ?	oui	non	*
12 - Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir ?	oui	non	*
13 - L'avenir vous inquiète-t-il ?	oui	non	*
14 - Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?	oui	non	*
15 - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?	oui	non	*
16 - Avez-vous souvent le cafard ?	oui	non	*
17 - Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile ?	oui	non	*
18 - Ressassez-vous beaucoup le passé ?	oui	non	*
19 - Trouvez-vous que la vie est passionnante ?	oui	non	*
20 - Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets ?	oui	non	*
21 - Avez-vous beaucoup d'énergie ?	oui	non	*
22 - Désespérez-vous de votre situation présente ?	oui	non	*
23 - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre, que les autres ont plus de chance que vous ?	oui	non	*
24 - Êtes-vous souvent irrité(e) par des détails ?	oui	non	*
25 - Éprouvez-vous souvent le besoin de pleurer ?	oui	non	*
26 - Avez-vous du mal à vous concentrer ?	oui	non	*
27 - Êtes-vous content(e) de vous lever le matin ?	oui	non	*
28 - Refusez-vous souvent les activités proposées ?	oui	non	*
29 - Vous est-il facile de prendre des décisions ?	oui	non	*
30 - Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois ?	oui	non	*
Total		+	

* Attribuer un point quand la case près de l'astérisque est cochée et faire la somme.

Score

Si le score est :

- entre 15 et 22 on conclut à une dépression légère ;
- quand il dépasse 22 il peut s'agir d'une dépression sévère.

Annexe 2 : Echelle de Cornell

Échelle d'évaluation de l'humeur : Échelle de Cornell

L'échelle de Cornell permet de rechercher une dépression chez les patients présentant une démence. En effet la maladie d'Alzheimer et les autres démences peuvent s'accompagner de dépression.

Système de notation :

a = impossible à évaluer ; 0 = absent ; 1 = modéré ou intermittent ; 2 = sévère.

A - Troubles de l'humeur

- 1 - Anxiété : Expression anxieuse, inquiétude
- 2 - Tristesse : Expression triste, voix triste, au bord des larmes
- 3 - Manque de réaction aux événements plaisants
- 4 - Irritabilité : Facilement irrité, facilement en colère

a	0	1	2

B - Troubles du comportement

- 5 - Agitation : Impatience, mouvements de frottement des mains
- 6 - Ralentissement moteur : Mouvements ralentis, discours ralenti, lenteur des réactions
- 7 - Plaintes fonctionnelles multiples (coter 0 en présence de symptômes gastro-intestinaux exclusifs)
- 8 - Perte d'intérêt : Moins impliqué dans les activités habituelles (coter seulement si un changement brutal est intervenu depuis au moins un mois)

C - Signes physiques

- 9 - Diminution de l'appétit : S'alimente moins que d'habitude
- 10 - Perte de poids : (coter 2 si perte supérieure à 2 kg en un mois)
- 11 - Manque d'énergie : Se fatigue facilement, incapable de soutenir une activité (coter seulement si un changement brutal est intervenu depuis au moins un mois)

D - Modification des rythmes

- 12 - Variations de l'humeur dans la journée : Symptômes plus intenses le matin
- 13 - Difficultés d'endormissement : Endormissement plus tardif que d'habitude
- 14 - Nombreux réveils nocturnes
- 15 - Réveil matinal précoce : Réveil plus tôt que d'habitude

E - Troubles idéatoires

- 16 - Suicide : Sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, désir de suicide, tentative de suicide
- 17 - Auto-dépréciation : Auto-accusation, diminution de l'estime de soi, sentiment d'échec
- 18 - Pessimisme : S'attend au pire
- 19 - Délire congruent à l'humeur : Incurabilité, ruine

Score total en l'absence de "a"

--

Short FES-I en version française

	Pas du tout inquiet 1	Un peu inquiet 2	Assez inquiet 3	Très inquiet 4
Vous habiller et vous déshabiller	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Prendre une douche ou un bain	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Vous lever d'une chaise ou vous asseoir	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Monter ou descendre les escaliers	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Atteindre quelque chose au-dessus de votre tête ou par terre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Descendre ou monter une pente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Sortir (par ex : service religieux, réunion de famille, rencontre d'une association)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Nous aimerions vous poser quelques questions qui ont pour but de déterminer si vous ressentez de l'inquiétude face à la possibilité de tomber. Répondez en pensant à la manière dont vous effectuez habituellement cette activité. Si actuellement vous ne faites pas cette activité, répondez à la question en imaginant votre degré d'inquiétude si vous réalisez en réalité cette activité. Pour chacune des activités suivantes, mettez une croix dans la case qui correspond le plus à votre opinion et qui montre le degré d'inquiétude que vous ressentez face au fait de pouvoir tomber lors de la réalisation de cette activité.

Annexe 4 : Les troubles de la marche (classification d'Alexander et Goldberg 2005)

Niveau 1 « Low »

- * **Marche ataxique sensitive** (atteinte du système vestibulaire, des voies de la sensibilité profonde et des nerfs périphériques).
Démarche instable, talonnante, non coordonnée surtout à l'occlusion des yeux.
- * **Marche douloureuse** due à l'arthrose. C'est un malade qui boîte et qui esquive le pas.
- * **Marche déficitaire périphérique dû à une myopathie ou à une neuropathie.**
C'est la marche déficitaire avec signe d'atteinte musculaire, démarche dandinante ou marche déficitaire avec signes neurogènes périphériques (claudication radiculaire du canal lombaire étroit ou steppage unilatéral par compression du nerf péronier ou steppage bilatéral par polyneuropathies)

Niveau 2 « Middle »

- * **Marche de l'hémiplégique et de l'hémi-parétique.** C'est une démarche avec spasticité et fauchage du membre inférieur. Il y a frottement du bord externe et de la pointe du pied contre le sol. Le membre inférieur décrit un arc de cercle à concavité interne.
- * **Marche du paraplégique et du paraparétique.** L'hypertonie pyramidale fixe en extension les membres inférieurs qui sont posés alternativement en avant par une inclinaison de rotation du tronc opposé (c'est une démarche de gallinacé). Parfois l'adduction des cuisses entraîne à chaque pas un croisement des membres inférieurs (c'est la démarche en ciseaux).
- * **Marche parkinsonnienne.** Démarche à petits pas traînants avec rétropulsion, sans élargissement du polygone de sustentation, sans ballant des bras. Un retard à l'initiation, un demi-tour décomposé, des blocages et un piétinement sur place.
- * **Marche ataxique cérébelleuse.** Démarche ébrieuse, faite d'embardees. Station debout avec oscillations et élargissement du polygone de sustentation.

Niveau 3 « High »

- * **Marche sénile.** Peur de tomber. Démarche précautionneuse, lente, avec pas traînants, ballant des bras diminué, tronc en flexion et légère augmentation du polygone de sustentation.
- * **Marche frontale.** Difficulté à initier le mouvement, petits pas traînants, polygone de sustentation élargi. Les membres inférieurs s'entrecroisent avec piétinement sur place.

Autres types de marche

- * **Marche non étiquetée**
- * **Marche normale**
- * **Marche impossible**

Annexe 5 : 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, poser 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 situé ce département ?
10. A quel étage sommes-nous ?

Apprentissage

/ 3

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

- | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|
| 11. Cigare | | Citron | | Fauteuil |
| 12. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe |
| 13. Porte | | Ballon | | Canard |

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 ?

- | | | | | |
|------------|----|--------|----|----------|
| 19. Cigare | | Citron | | Fauteuil |
| 20. Fleur | ou | Clé | ou | Tulipe |
| 21. Porte | | Ballon | | Canard |

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 6 : échelle ADL : Activités de la vie quotidienne

Activités de la vie quotidienne	
<u>Soins corporels</u>	Ne reçoit pas d'aide ou reçoit de l'aide uniquement pour se laver une partie du corps
<u>Habillement</u>	Peut s'habiller sans aide à l'exception de lacer ses souliers
<u>Toilette</u>	Se rend aux toilettes, utilise les toilettes, arrange ses vêtements et retourne sans aide (peut utiliser une canne ou un déambulateur, un bassin ou un urinal pendant la nuit)
<u>Transfert</u>	Se met au lit et se lève du lit et de la chaise sans aide (peut utiliser une canne ou un déambulateur)
<u>Continence</u>	Contrôle fécal et urinaire complet (sans accidents occasionnels)
<u>Alimentation</u>	Se nourrit sans aide (sauf pour couper la viande ou pour beurrer du pain)

Annexe 7 : IADL : Echelle d'Activités Instrumentales de la Vie Courante

Echelle d'Activités Instrumentales de la Vie Courante (IADL) ¹			
Identification du Patient :	Date :		
Capacité à ...		Cocher puis relier les points pour visualiser l'évolution :	
A – ... Utiliser le téléphone			
1 – De sa propre initiative, cherche et compose les numéros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Compose un petit nombre de numéros bien connus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – Répond au téléphone mais n'appelle pas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – Incapable d'utiliser le téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B – ... Faire les courses			
1 – Fait les courses de façon indépendante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Fait seulement les petits achats tout seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – A besoin d'être accompagné quelque soit la course	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – Totalement incapable de faire les courses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C – ... Préparer les repas			
1 – Prévoit, prépare et sert les repas de façon indépendante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Prépare les repas si on lui fournit les ingrédients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – Est capable de réchauffer les petits plats préparés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – A besoin qu'on lui prépare et qu'on lui serve ses repas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D – ... Entretien du domicile			
1 – Entretiens seul la maison avec une aide occasionnelle pour les gros travaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Ne fait que les travaux d'entretien quotidiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – Fais les petits travaux sans parvenir à garder un niveau de propreté suffisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – A besoin d'aide pour toutes les tâches d'entretien du domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – Ne participe pas du tout à l'entretien du domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E – ... Faire la lessive			
1 – Fait toute sa lessive perso. ou la porte lui-même au pressing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Lave les petites affaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – Toute la lessive doit être faite par d'autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F – ... Utiliser les moyens de transport			
1 – Peut voyager seul et de façon indépendante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Peut se déplacer seul en taxi ou par autobus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – Peut prendre les transports en commun s'il est accompagné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 – Transport limité au taxi ou à la voiture avec accompagnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – Ne se déplace pas du tout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G – ... Prendre les médicaments			
1 – S'occupe lui-même de la prise (dosage et horaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Peut les prendre par lui-même s'ils sont préparés à l'avance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – Incapable de les prendre de lui-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H – ... Gérer son budget			
1 – Totalement autonome (fait des chèques, paye ses factures,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Se débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais a besoin d'aide pour gérer à long terme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 – Incapable de gérer l'argent nécessaire à payer ses dépenses au jour le jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identification de l'IDE (Paraphe) :			

Annexe 8 : liste des psychotropes

Nom Commercial	Principe actif
1. Antidépresseurs	
Anafranil	clomipramine
Athymil	miansérine
Cymbalta	duloxetine
Défanyl	moxapine
Deroxat	paroxétine (irss)
Effexor	venlafaxine
Elavil	amitriptyline
Euphyptuis	phytho
Floxyfral	fluvoxamine
Ixel	milnacipran
Laroxyl	amitriptyline
Ludiomil	maprotiline
Marsilid	iproniazide
Moclamine	moclobémide
Norset	mirtazapine
Prothiaden	dosulepine
Prozac	fluoxétine
Quitaxon	doxéprine
Seroplex	escitalopram
Seropram	citalopram
Stablon	tianeptine
Surmontil	trimipramine
Tofranil	imipramine
Valdoxan	agomelatine
Zoloft	sertraline
2. Anxiolytiques	
Benzodiazépines	
Lexomil	bromazépam
Lysanxia	prazépam
Nordaz	nordiazépam
Séresta	oxazépam
Témesta	lorazépam
Tranxène (iv Ou Per Os)	clorazépate
Urbanyl	clobazam
Valium (iv , Per Os, Sol Bu)	diazépam
Vératran	clotiazépam
Victan	loflazépate
Xanax	alprazolam
Autres	
Atarax	hydroxyzine
Buspar (per Os)	buspirone
Equanil (iv, Per Os)	méprobamate
Stresam	etifoxine
Anxyrex Gé	
Lyrica (gel, Sol Buva)	
Covatine	captodiame
3. Neuroleptiques	
Neuroleptiques sédatifs	
Abilify	aripiprazole
Barnetil	sultopride
Dipiperon	pipampérone
Dogmatil	sulpiride
Droleptan	dropéridol
Largactil	chlorpromazine
Melleril	thioridazine
Neuleptil	périciazine

Nozinan	lévomépromazine
Orap	pimozide
Sycrest	asénapine
Tercian	cyamémazine
Theralène	alimémazine
Tiapridal	tiapride
Xeplion	paliperidone
Xeroquel	quetiapine
Zyprexa	olanzapine

Neuroleptiques polyvalents (sédatifs et désinhibiteurs)

Clopixol	zuclopenthixol
Fluanxol	flupentixol
Haldol	halopéridol
Leponex	clozapine
Loxapac	loxapine
Modecate	fluphénazine
Moditen	fluphénazine
Orap	pimozide
Piportil	pipothiazine
Risperdal	rispéridone
Trilifan	perphénazine

Neuroleptiques désinhibiteurs

Dogmatil	sulpiride
Majeptil	thiopropérazine
Prazinil	carpipramine
Semap	penfluridol
Solian	amisulpride
Terfluzine	trifluopérazine

4. Hypnotiques

Benzodiazépines

Halcion	triazolam
Havlane	loprazolam
Mogadon	nitrazépam
Noctamide	normétazépam
Normizon	témazépam
Nuctalon	estazolam
Rohypnol	flunitrazépam

Non Benzodiazépiniques

Imovane	zopiclone
Ivadal	zolpidem
Stilnox	zolpidem

Noctran

acepromazine +
clorazepate +
acepromazine

Mépronizine

Antihistaminiques Anti H1

Donormyl	doxylamine
Nopron	niaprazine

Phenergan

Théralène

alimémazine

Agoniste Melatonine

Circadin

5. Normothymiques

Depakote	divalproate de sodium
Depamide	valpromide
Téralithe	lithium
Zyprexa	olanzapine

AUTEUR : Nom : RIME

Prénom : Camille

Date de Soutenance : 8 décembre 2016

Titre de la Thèse : Consommation de psychotropes chez les patients âgés évalués en hôpital de jour « chute » à Lille

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : personnes âgées – chutes – psychotropes – hôpital de jour – adhésion thérapeutique

Introduction : Tous les psychotropes (neuroleptiques, antidépresseurs, hypnotiques, anxiolytiques) sont associés au risque de chute. Aussi la révision de l'ordonnance fait partie des recommandations pour réduire ce risque. Les objectifs de ce travail étaient :

1. Déterminer le nombre de sujets consultant en HDJ « chute » au CHRU de Lille et prenant au moins un psychotrope. 2. Préciser la prévalence des propositions d'arrêt ou de diminution de posologie ou d'ajout d'au moins un psychotrope, énoncées à l'issue de l'évaluation multidisciplinaire. 3. Préciser le nombre de personnes ayant effectivement suivies les recommandations préconisées à 6 mois.

Méthode : Etude prospective mono-centrique dans le cadre de l'évaluation multidisciplinaire de la chute au CHRU de Lille. Tous les patients rencontrés entre 2005 et 2014 ont été inclus.

Résultats : Parmi 1174 patients rencontrés en consultation (âge moyen 80,8 ans ; 73% de femmes, 58% de patients multichuteurs), 658 patients prenaient au moins un psychotrope. Nous avons proposé à 266 patients (40%) de diminuer ou d'arrêter un psychotrope. Parmi les 158 patients revus à 6 mois, 84 (53%) ont réduit ou arrêté un médicament psychotrope. 65 patients ont reçu quant à eux une recommandation d'ajout de psychotrope. Parmi les 35 patients revus à 6 mois, 34% ont suivi la recommandation, avec une augmentation significative du nombre de chutes à 6 mois ($p < 0,05$).

Conclusion : Notre étude montre la possibilité d'adaptation thérapeutique chez le patient âgé chuteur. Plusieurs facteurs influencent le suivi des recommandations visant à réduire le risque de chute, notamment la conscience du patient de son risque de chute et de blessures, sa compréhension de l'intérêt des mesures proposées, et probablement les modalités d'annonce et de mise en œuvre des recommandations visant l'arrêt ou la réduction des psychotropes.

Composition du Jury :

Président : Professeur François PUISIEUX

Assesseurs : Professeur Pierre THOMAS, Professeur Patrick LEROUGE, Docteur

Cédric GAXATTE, Docteur Marie MANECHEZ