

Université de Lille
Faculté de Médecine HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Élaboration d'un protocole de soins permettant le repérage et la prise
en soins du risque de chute chez le sujet de plus de 65 ans au sein de la
CPTS Opale Sud**

Présentée et soutenue publiquement le 17 octobre 2024 à 14 heures
au Pôle Formation
par Paul Caillier

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Eric BOULANGER

Assesseur :

Monsieur le Docteur Geoffroy LELEU

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Avertissement

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

Liste des abréviations

| | |
|--------------------|--|
| CPTS | Communauté professionnelle territoriale de santé |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| ICOPE | Integrated care for older people |
| FEMAS | Fédération Régionale des Maisons et Pôles de santé des Hauts-de-France |
| INSE | Institut national de la statistiques et des études économique |
| DPO | Délégué à la protection des personnes |
| Parcours « chute » | Protocole de soins patient âgé chuteur de la CPTS Opale Sud |

Table des matières

| | |
|--|----|
| Avertissement..... | 1 |
| Liste des abréviations..... | 4 |
| Table des matières..... | 5 |
| Résumé..... | 6 |
| Introduction..... | 7 |
| Définitions..... | 7 |
| Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Opale Sud..... | 7 |
| Financement des CPTS..... | 8 |
| Personne âgée..... | 8 |
| Chute..... | 8 |
| Programme Integrated Care for Older People (ICOPE)..... | 9 |
| Prise en soins du risque de chute en France en 2024 :..... | 10 |
| Élaboration du protocole de soins au sein de la CPTS Opale Sud..... | 11 |
| Objectif d'étude :..... | 13 |
| Contexte général :..... | 13 |
| Matériels et méthodes..... | 15 |
| Type d'étude..... | 15 |
| Population étudiée..... | 15 |
| Contexte de l'étude..... | 15 |
| Recueil des données..... | 15 |
| Anonymisation des données..... | 16 |
| Résultats..... | 17 |
| Nombres de sujets inclus..... | 17 |
| Contenu des tests..... | 20 |
| Cognition..... | 20 |
| Nutrition..... | 21 |
| Vision..... | 22 |
| Audition..... | 23 |
| Moral..... | 24 |
| Mobilité..... | 25 |
| Taux d'adhésion au projet..... | 26 |
| Discussion..... | 28 |
| Conclusion..... | 32 |
| Bibliographie..... | 34 |
| Annexe 1 :Protocole de soins sujet âgé à risque de chute CPTS Opale Sud..... | 36 |
| Annexe 2 :Questionnaire de l'étude..... | 53 |

Résumé

Introduction : Dans un contexte de vieillissement de la population, s'occuper de la problématique de la chute du sujet âgé est un enjeu de santé publique.

L'objectif de cette étude consiste en l'élaboration d'un protocole de soins pluri-disciplinaire dont l'objectif est la gestion du risque de chute du sujet âgé de plus de 65 ans au sein de la CPTS Opale Sud, et de savoir si ce programme est susceptible d'améliorer le dépistage et la prise en soins du risque de chute de cette population.

Matériels et méthodes : Le protocole de soins de la CPTS Opale Sud utilise le test de dépistage du risque de perte d'autonomie du programme ICOPE, une phase d'exploration complémentaire est ensuite proposée aux patients le désirant. Le recueil des données de cette phase de dépistage s'effectue par l'utilisation par les professionnels de santé volontaires d'un questionnaire LimeSurvey anonymisé.

Résultats : 35 tests de dépistages ont été réalisés en 3 mois, et 20 questionnaires complets ont pu être analysés. Dans 60% des cas, le sujet n'avait jamais évoqué la chute avec un professionnel de santé. 100% des tests ont mis en évidence au moins 2 facteurs de risque majeur de chute justifiant une poursuite du protocole. Taux d'adhésion global aux propositions de poursuite des investigations : 54,3%. Taux de refus aux propositions de poursuite des investigations : 21,4%.

Conclusion : L'élaboration d'un protocole de soins visant à lutter contre la chute du sujet âgé au sein de la CPTS Opale Sud est une problématique actuelle et les bénéfices ne pourront être observés qu'à l'avenir.

Les débuts sont prometteurs, avec un taux de participations dépassant les objectifs initiaux.

L'accueil des patients à son encontre est positif, et jugé utile.

Introduction

Définitions

Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Opale Sud

Une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS), est une association d'acteurs du domaine médico-social libéraux ou salariés, au sein d'un territoire qu'ils définissent, et qui ont pour souhait d'améliorer leur coordination afin d'améliorer leur pratique professionnelle.

La CPTS Opale Sud a été fondée en janvier 2020, et compte 123 membres en 2024, dont 42 médecins généralistes.

Elle s'inscrit dans un territoire de 16 communes du sud boulonnais, réunissant approximativement 47 178 habitants. (CPTS de taille 2)(1)

Les CPTS ont trois missions socles qui gouvernent leur fonctionnement.

La première d'entre elles a déjà été développée par la CPTS Opale Sud : faciliter l'accès aux soins de la population en améliorant l'accès à un médecin traitant et en améliorant la prise en charge des soins non programmés en ambulatoire.

Les deux autres missions socles concernent la confection de parcours pluri-professionnels autour des patients répondant aux problématiques territoriales, et l'organisation d'actions territoriales de prévention.(2)

Le parcours « chute » vient répondre directement à l'une des missions socles en favorisant le maintien à domicile.

Financement des CPTS

L'existence même des CPTS et leur pérennisation est dépendante de financements conditionnés par le développement de projets et par la signature et le respect de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel. (ACI)

L'ACI permet un financement annuel avec une partie fixe allouée à chaque projet, et une partie variable délivrée en fonction de l'atteinte des objectifs fixés.(3)

Un financement est prévu pour le développement de ce projet de parcours « chute ».

L'objectif fixé pour permettre à la CPTS de bénéficier de l'enveloppe variable dans le cadre du protocole « chute » est l'inclusion de vingt personnes la première année.

Personne âgée

Auparavant la définition de la vieillesse la plus communément rencontrée dans le monde médical reposait sur un critère d'âge, variant en fonction des sources : 60 ans pour l'OMS, 65 ans pour les organismes publics français de statistiques.(4)

Il s'agit d'une définition incomplète, la grande diversité de profils pour un âge donné en témoigne.

Aujourd'hui le vieillissement est plutôt décrit d'un point de vue fonctionnel comme « le fruit d'une accumulation de multiples dommages cellulaires et moléculaires subis par le corps au cours de la vie, aboutissant à une dégradation progressive des capacités physiques et mentales, à une augmentation du risque de développer des maladies, et enfin à la mort. »(5)

Chute

La chute est l'action de tomber ou de glisser au sol, ou à une hauteur moindre qu'initialement,

Caillier Paul

indépendamment de sa volonté.

Elle est la cause de nombreuses complications sur le plan physique et psychologique :

contusion ; fracture ; plaie ; rhabdomyolyse ; hypothermie ; escarre ; déshydratation ; peur de chuter ; restriction des activités de la vie quotidienne.

La chute du sujet âgé est un enjeu de santé publique, puisqu'elle concerne chaque année plus de deux millions de personnes en France.

Elle génère un bilan humain annuel de 130 000 hospitalisations et 10 000 décès. La chute occasionne également un coût financier estimé à 2 milliards d'euros par an.(6)

Elle est source de diminution de qualité de vie des victimes, ainsi que de leurs proches.

Programme Integrated Care for Older People (ICOPE)

En 2017, l'OMS a développé un programme nommé ICOPE visant à dépister la perte de capacités fonctionnelles rencontrée par la population des plus de 60 ans, puis à organiser un plan de soins afin de prévenir la dépendance. (perte d'autonomie, institutionnalisation)

Ce programme se décompose en 5 étapes : le repérage par le dépistage d'anomalies de 6 capacités fonctionnelles ; l'évaluation approfondie ; le plan de soins personnalisé ; le suivi du parcours de soins ; l'implication des collectivités et le soutien aux aidants.

Les capacités fonctionnelles sondées sont les capacités cognitives, la mobilité, la vue, l'audition, le moral et l'état nutritionnel.

A l'échelle mondiale, le projet a l'objectif ambitieux de réduire de quinze millions le nombre de sujets dépendants.(7)

Sont exclus de ce programme les personnes de plus de 60 ans qui présentent une perte, même modérée, de l'autonomie (exclusion de GIR 1 à 4).

Paul Caillier

Le test de dépistage ICOPE est d'ores et déjà adapté pour de nouvelles indications, telles que le repérage du risque suicidaire dans une population âgée(8), ou le dépistage du risque de chute.(6)

Prise en soins du risque de chute en France en 2024 :

La prise en soins de la chute en France bénéficie d'une actualisation de ses recommandations en 2024.(9)

Une évaluation du risque de chute est effectuée initialement, déterminée par la survenue de chute dans l'année qui précède, la sensation d'instabilité à la marche et la peur de tomber, et la réalisation de deux tests de motricité (Timed Up and Go test, et la vitesse de marche)

3 situations se distinguent alors :

- patient à faible risque de chute : l'action recommandée consiste en une promotion de l'activité physique, une lutte contre la sédentarité et contre les facteurs de risque de chute, notamment environnementaux.
- patient à risque intermédiaire de chute : la prise en soins consiste en une lutte contre les facteurs de risque de chute, une correction des maladies pourvoyeuses de chute, un arrêt progressif des médicaments susceptibles d'entraîner la chute, la prescription d'activité physique adaptée.
- patient à haut risque de chute : relève d'une prise en soins multidimensionnelle basée sur l'évaluation gériatrique standardisée, la prescription d'activité physique adaptée dans le cadre d'un programme de rééducation.

Élaboration du protocole de soins au sein de la CPTS Opale Sud

La commission « personnes âgées » de la CPTS Opale Sud est composée de 18 professionnels de santé issus de multiples filières médicales et paramédicales.

Le premier groupe de travail s'est réuni en janvier 2023.

Plusieurs réunions de consultation ont été nécessaires à la confection du protocole de soins durant la période 2023 - 2024.

Un recensement des protocoles de soins, ciblant la chute, existant au sein des CPTS des Haut de France a été réalisé par mails et par contacts téléphoniques.

Sur les 31 CPTS actives sur ce territoire au mois de mars 2023, 21 n'avaient pas encore développé leur mission socle « parcours pluri-professionnel » et n'avaient pas de proposition en lien avec la chute du sujet âgé.

Les dix autres CPTS n'ont pas donné suite malgré 2 mails de relance et de multiples tentatives de contact téléphonique.

La Fédération Régionale des Maisons et Pôles de Santé des Hauts-de-France (FEMAS) a alors été contactée, dans le but de faire un état des lieux des protocoles existants dans les maisons de santé pluri-professionnelles des Hauts-de-France.

Deux protocoles de soins du patient à risque de chute ont pu être transmis et examinés. L'un d'entre eux utilisait le test de dépistage du programme ICOPE.

La recherche du risque de chute chez le patient âgé répond à un algorithme assez dense, nécessitant des aménagements spécifiques (chronomètre et couloir de 6 m pour l'évaluation de la vitesse de marche par exemple) qui ne sont pas toujours disponibles dans le cabinet des

Paul Caillier

professionnels de santé. Cela rend cette recherche difficile à effectuer en pratique courante.

Le choix de la CPTS Opale Sud s'est porté sur le test de dépistage du risque de dépendance du programme ICOPE : ICOPE Step 1.

Le choix de ce test se justifie par sa simplicité, sa rapidité d'exécution, et l'absence d'utilisation de matériel spécifique. Les 6 champs physiopathologiques sondés correspondant à d'importants facteurs de risque de chute.

Un plan gouvernemental nommé plan anti-chute est en application depuis février 2022, dont l'une des actions de terrain est l'expérimentation du programme ICOPE en région Occitanie.

Le Centre hospitalier Universitaire de Toulouse, pilote de la régionalisation du programme, a été joint pour que la CPTS Opale Sud puisse bénéficier de l'expérience acquise depuis 2 ans.

Leur proposition de conventionnement a été refusée.

La loi « Société du Bien Vieillir » du 08 avril 2024 prévoit une généralisation de ce programme à tout le territoire français, au plus tard au 1er janvier 2026.(10)

L'auteur du travail, Paul Caillier, avec la consultation de la commission « personnes âgées » de la CPTS Opale Sud et à l'étude des éléments obtenus des différents contacts, est à l'origine du protocole de soins tel que décrit en annexe : de sa réflexion, des recherches bibliographiques, et de sa rédaction. (Annexe 1)

Un appel à volontaire expérimentateur a été effectué par mail au mois d'avril 2024, avec pour objectif de recruter un panel de professionnels de santé expérimentateurs du protocole.

Deux visioconférences conjointement animées par Paul Caillier et la coordinatrice du projet en présence des professionnels de santé volontaires, ont été réalisées le 07 mai 2024 (sur les

Caillier Paul

créneaux du midi et du soir), marquant le début de l'expérimentation et le recrutement des sujets.

Objectif d'étude :

Améliorer le dépistage et la prise en soins des personnes âgées de plus de 65 ans à risque de chute au sein de la CPTS Opale Sud.

Contexte général :

Une personne sur trois de plus de 65 ans chute au moins une fois par an.

Une personne sur deux de plus de 80 ans chute chaque année.

Il s'agit de la première cause de décès accidentel en France chez le plus de 65 ans.

21,4% de la population de la CPTS Opale Sud est âgée de plus de 65 ans, soit environ 10 100 personnes.(1) Une proportion similaire est observable au niveau national. (21,5% de plus de 65 ans) (11)

D'après les projections de l'INSE, la proportion des plus de 65 ans dans la population française devrait augmenter significativement pour atteindre 27% à l'horizon 2050, et même 29% à l'horizon 2070.(12) Si l'on se fît à ces projections, la population des plus de 65 ans du territoire de la CPTS Opale Sud doit atteindre plus de 12 700 individus en 2050, soit une augmentation de plus de 25%.

Au sein d'un système de soins français fragilisé, et dans ce contexte de vieillissement prévisible de la population, améliorer le dépistage du risque de chute et lutter contre la perte d'autonomie prend sens.

Paul Caillier

C'est à partir de ce constat qu'est née l'idée de proposer aux patients de la CPTS Opale Sud un programme de dépistage et de prise en soins du risque de chute.

Matériels et méthodes

Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive monocentrique décrivant l'inclusion des premiers sujets dans le protocole « chute » de la CPTS Opale Sud.

Population étudiée

La population ciblée par le protocole de soins et donc par l'étude est celle des 65 ans et plus vivant sur le territoire de la CPTS Opale Sud. Le critère de l'âge est le seul critère d'inclusion du protocole.

Aucun critère d'exclusion n'a été retenu.

Seront analysés les questionnaires intégralement remplis.

Contexte de l'étude

L'étude prend place lors de la phase d'expérimentation du protocole de soins, alors que le professionnel de santé propose à son patient un test de dépistage du risque de chute.

Recueil des données

Le recueil des données a été effectué par l'intermédiaire d'un questionnaire via l'outil LimeSurvey. Celui-ci comprend dix sections concernant les professionnels de santé expérimentateurs, les informations démographiques et propres à l'étude des patients, le test de dépistage du risque de chute ICOPE Step 1, et des questions concernant le désir d'orientation des patients. (Annexe 2)

Le questionnaire est réalisé par le professionnel de santé en présence du patient, ou retranscrit

Paul Caillier

par la coordinatrice du protocole de soins dans le cas de réalisation du questionnaire en version papier au domicile des patients.

L'inclusion a débuté le 7 mai 2024, de façon consécutive, pendant une durée de 3 mois.

Anonymisation des données

L'anonymisation se déroule par la génération aléatoire d'un nombre à 6 chiffres à l'ouverture du questionnaire.

Le couple identité patient / numéro d'anonymisation connu du professionnel de santé expérimentateur, est transmis directement à la coordinatrice du protocole au sein de la CPTS Opale Sud.

Cette récupération de l'identité patient est nécessaire pour la CPTS car le dépistage et la prise en soins du risque de chute des patients s'inscrivent dans la durée et feront l'objet de réévaluations.

Une déclaration a été effectuée auprès du Délégué à la Protection des Personnes de la faculté de Médecine de Lille. Ce travail est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données.

Résultats

Nombres de sujets inclus

Un total de 35 dépistages ont été effectués par l'équipe de la CPTS Opale Sud sur une période de 3 mois. 1 questionnaire a été exclu car ne respectait pas le critère d'inclusion. 15 questionnaires ont été exclus car incomplets. 20 questionnaires ont pu être analysés. (Figure 1)

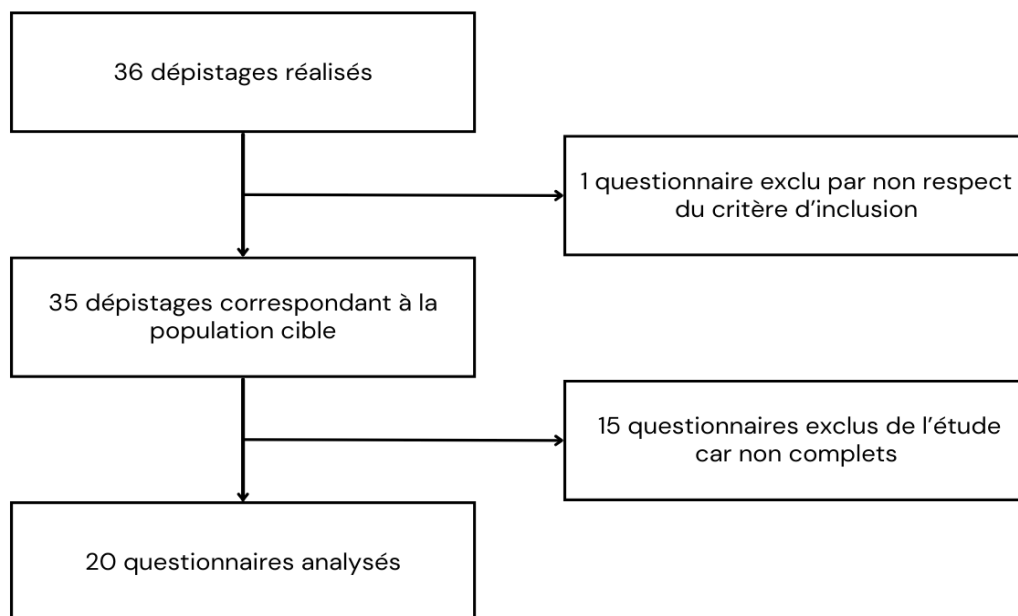


Figure 1 : Diagramme de flux

A noter que les 15 questionnaires exclus de l'étude par manque de données sont tout de même exploitables par la CPTS, et ces sujets dépistés seront inclus dans le protocole « chute ».

Description des expérimentateurs :

11 inclusions de sujets ont été réalisées par des médecins (55%) et 9 inclusions ont été

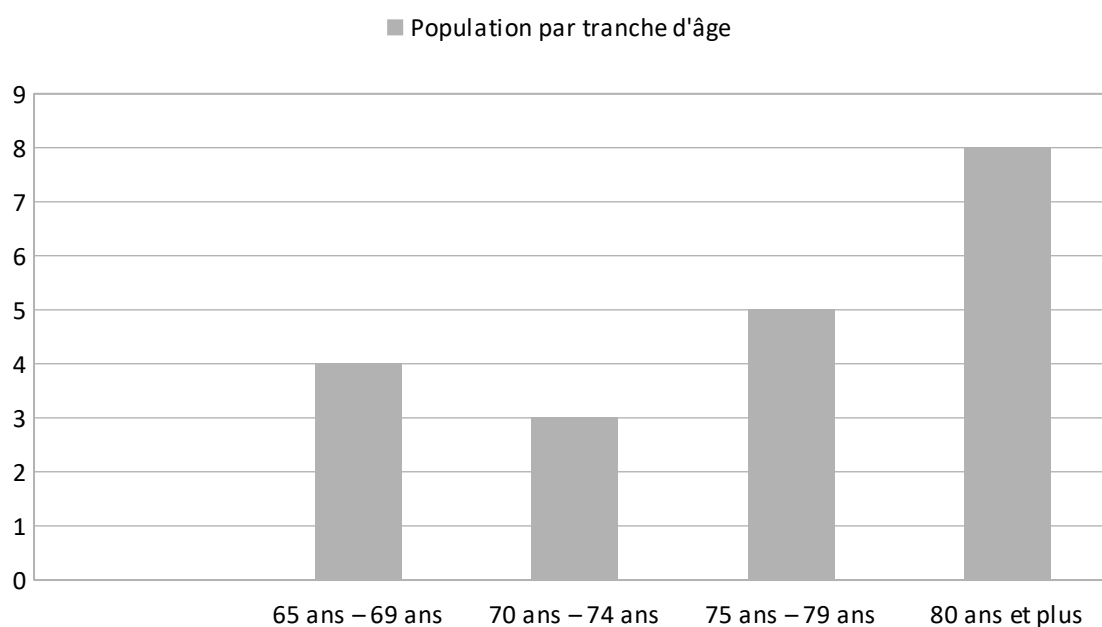
Paul Caillier

réalisées par des infirmières (45%).

Les médecins ont procédé à des inclusions essentiellement au cabinet médical. (10 au cabinet médical contre 1 seul en visite soit 91% au cabinet).

Les infirmières ont procédé à des dépistages majoritairement au domicile des patients (8 inclusions sur 9) (89%)

Description de la population :



L'âge moyen des patients rencontrés au domicile (77,5 ans) est significativement plus élevé que chez les patients sondés au cabinet du professionnel de santé. (73,7 ans) (Student, IC 95%)

On compte 7 hommes inclus (35%) pour 13 femmes (65%). Les résultats observés des tests de dépistage sont comparables entre les deux sexes.

Caillier Paul

Une proportion significativement plus élevée de tests positifs concernant l'item « état nutritionnel » et l'item « motricité » est mise en évidence chez les patients recrutés au domicile. (Loi binomiale ; IC 95%)

Pour les autres items, il n'a pas été possible de conclure compte tenu de la taille des échantillons.

Les 20 sujets possèdent un médecin traitant (100 %).

Évocation antérieure de la chute avec un professionnel de santé ?

40 % des sujets inclus avaient déjà évoqué le thème de la chute avec un professionnel de santé.

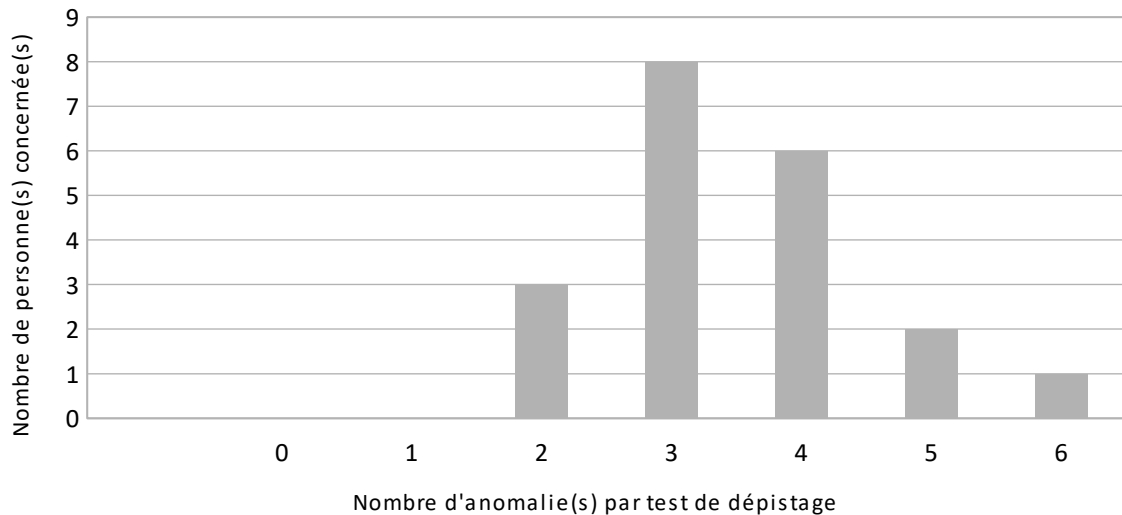
Parmi eux, 50% des personnes avaient abordé ce sujet alors qu'eux même ou un proche y avait été confronté.

Aucun des patients dont l'âge est situé entre 75 et 79 ans n'avaient déjà abordé la chute avec un professionnel de santé.

Au total, seul 20% des inclus avaient reçu une information avant toute chute.

Dans 12 cas sur 20 (60%), l'inclusion dans le protocole de la CPTS Opale Sud a été l'occasion d'aborder la chute pour la première fois avec le sujet. Cela concerne toutes les catégories d'âge.

Nombre d'anomalie(s) par test de dépistage par personne



Cognition

9 individus sur 20 interrogés se plaignent de problèmes de mémoire ou d'orientation. (45%)

Parmi eux, 2 considèrent que leurs troubles se sont aggravés depuis les 6 derniers mois.

7 sujets ont échoué à donner la date complète du jour. (35%)

15 personnes ont échoué à la mémorisation puis la restitution des 3 mots. (75%)

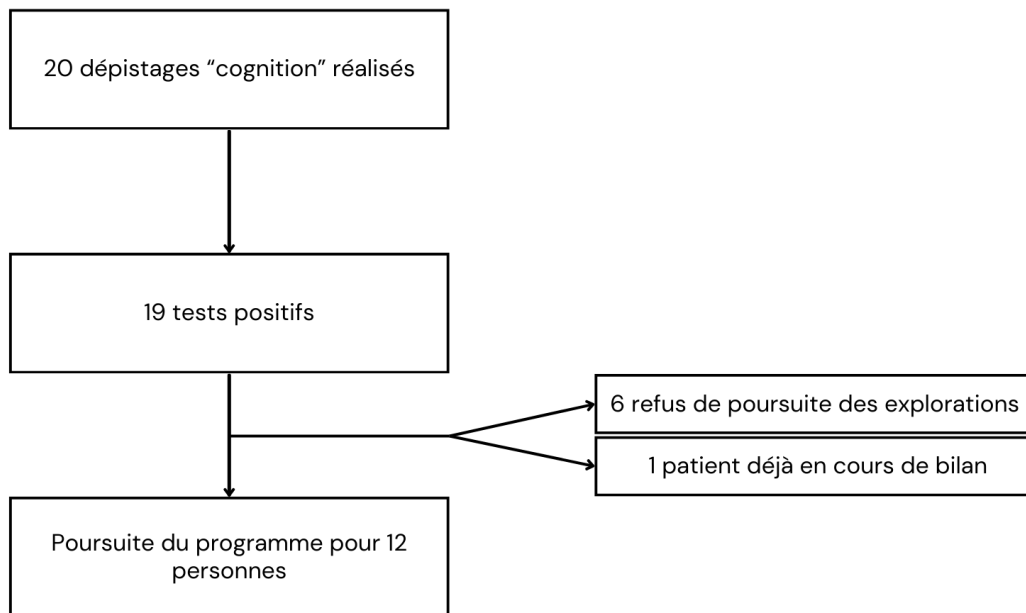
Au total 19 dépistages sur 20 sur le plan cognitif se sont révélés positifs. (95%)

13 patients ayant au moins une anomalie sur le dépistage de potentiels troubles cognitifs acceptent une poursuite des investigations. (68,8%)

Sur les 9 individus (45%) qui se sont plaint de troubles de mémoire ou d'orientation, 7 acceptent un bilan étiologique et thérapeutique si besoin. (78%)

6 personnes refusent une poursuite des investigations prise en soins (31,6%) car « considère que les erreurs sont le fruit de l'inattention » ; « n'en voit pas l'intérêt car pas de retentissement

sur la vie quotidienne » ; « considère qu'il n'y a pas de problème ».



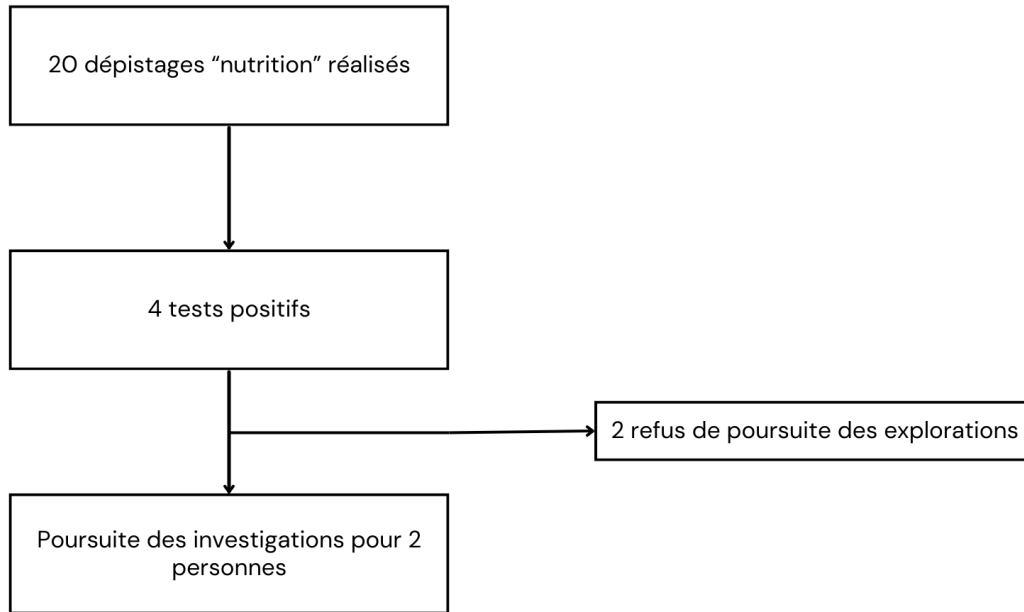
Nutrition

3 individus déclarent avoir perdu involontairement au moins 3 kg au cours des 3 derniers mois.
(15%)

1 personne affirme une baisse de l'appétit récente.

La moitié des personnes dont le dépistage est revenu positif sur le plan nutritionnel consentent à une prise en soins étiologique.

Les personnes refusant la prise en soins évoquent « une stabilisation du poids » ; « je ne comprends pas je mange bien »



Vision

11 personnes incluses évoquent des difficultés à voir de près ou de loin (y compris malgré une correction visuelle) 55%)

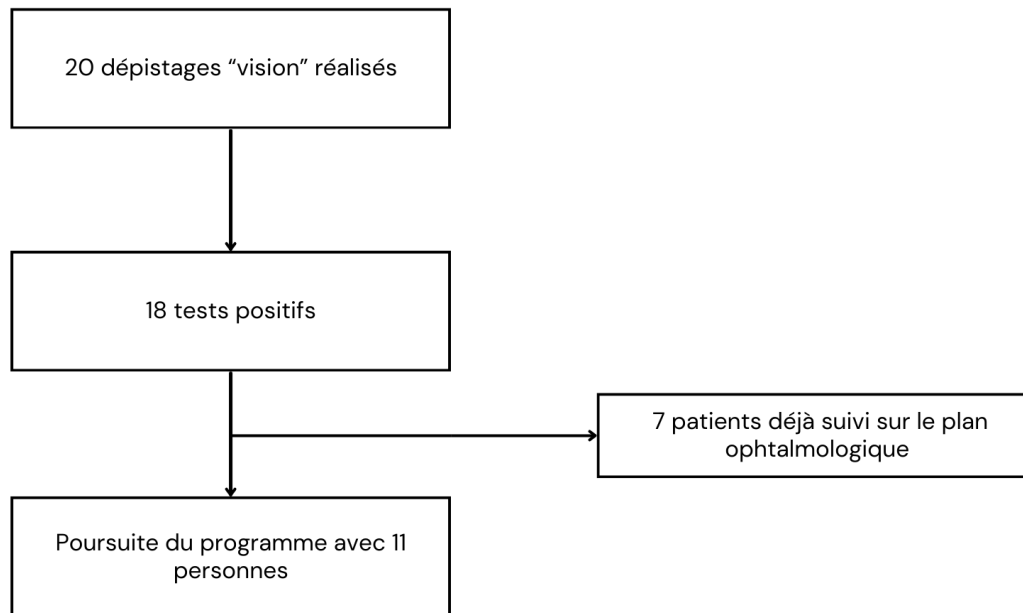
6 inclus présentent une maladie spécifique de l'oeil. (30%)

15 personnes présentent une maladie chronique susceptible d'entraîner des complications visuelles telle que l'hypertension artérielle ou le diabète de type 2. (75%)

Parmi les sujets ayant au moins 1 réponse positive dans les questions de la section « visuel » la moitié ont vu leur ophtalmologue traitant au cours des 12 derniers mois.

Seuls 2 tests sont négatifs pour le dépistage de troubles visuels.

7 patients acceptent d'être orientés vers un ophtalmologue en vue d'un bilan spécialisé. (soit 61% des sujets) Tous les patients refusant un bilan l'ont fait car sont déjà suivi par un ophtalmologue de façon régulière.



Audition

14 personnes sur 20 ont un test de dépistage positif pour cet item. (70%)

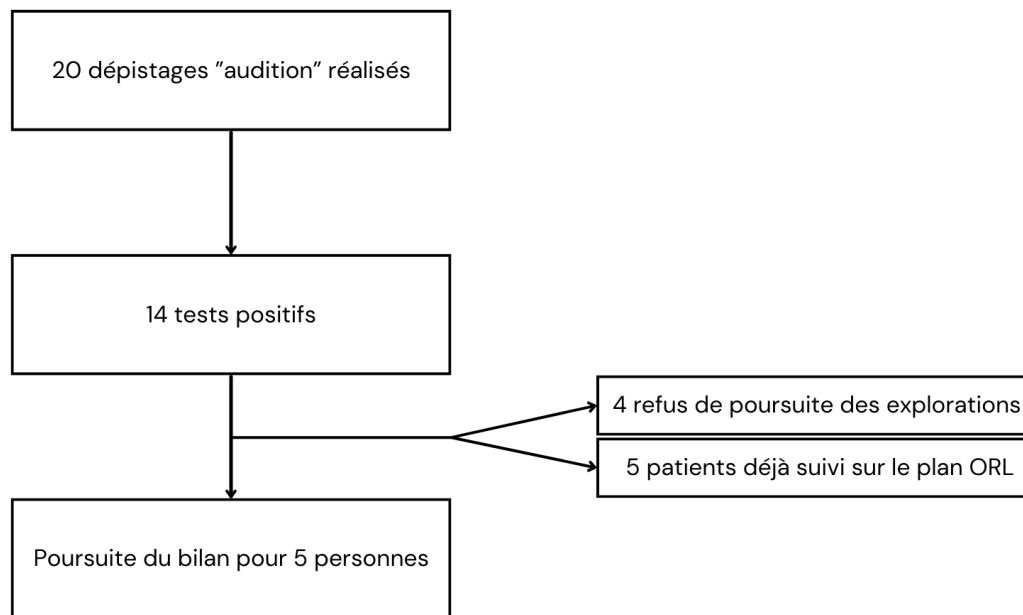
8 sujets échouent à percevoir le chuchotement des 2 oreilles. (40%)

5 personnes acceptent un bilan étiologique et d'être orientés vers un ORL pour bénéficier d'un examen spécialisé. (35,7% des personnes dont le tests est positif)

Si on fait abstraction des refus au motif que les patients sont déjà suivis sur le plan ORL, seul 5 patients refusent la poursuite du bilan de l'audition, soit 35,7% de l'effectif total.

A 9 reprises sur 14, il y a discordance entre le ressenti du patient et le résultat positif de son test. (c'est à dire que 64,3% des patients n'avaient pas conscience de ces potentiels troubles de l'audition)

Les motifs de refus sont les suivants : « dit ne pas être gêné pour le moment dans sa vie quotidienne » ; « dit ne pas avoir les moyens financiers de pouvoir acheter un appareillage de meilleur qualité » ; « n'a pas envie ».

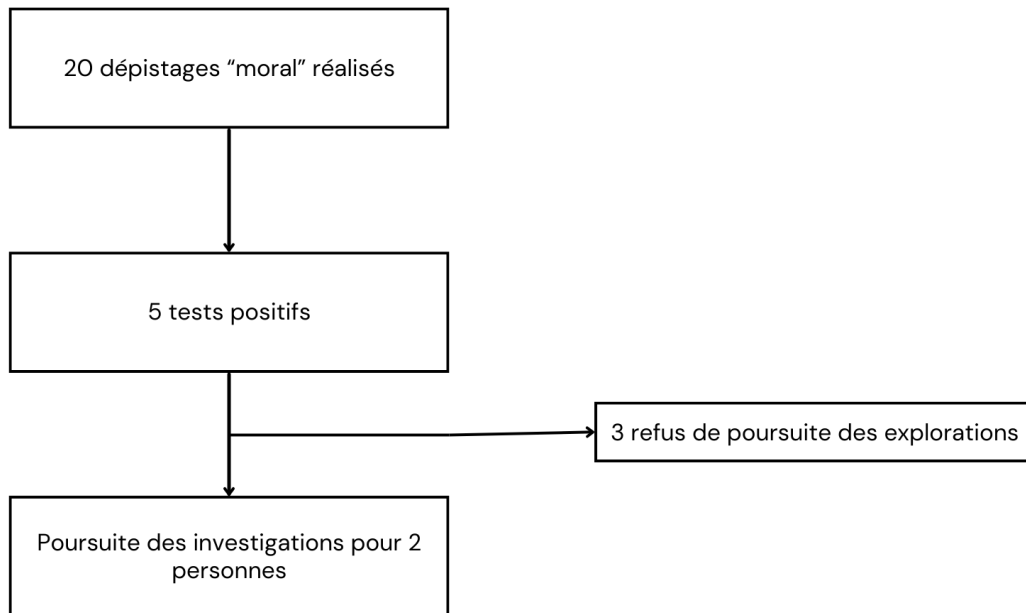


Moral

5 personnes manifestent un sentiment de déprime ou de perte d'espoir dans les 2 semaines précédentes. (25%)

Parmi les personnes pour lesquelles cette partie du test de dépistage est positive, 2 acceptent un dépistage du syndrome dépressif.

3 refusent soit car « les troubles cognitifs sont au premier plan », soit car « le patient estime qu'il n'en a pas besoin ».



Mobilité

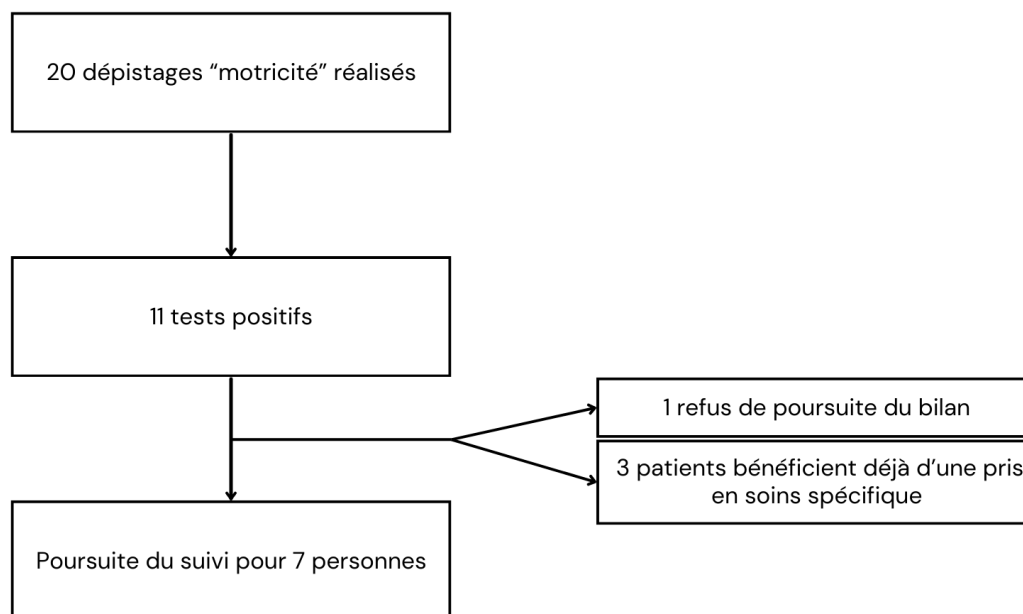
17 personnes incluses dans l'étude sur 20 sont parvenues à effectuer le test des 5 levers. (85%)

Cependant 7 personnes sur 12 dont l'âge est compris entre 65 et 79 ans y sont parvenues dans le temps imparti de 14 secondes, et 2 personnes de plus de 80 ans sur 8 ont réussi en moins de 16 secondes. (25%)

Parmi les patients dont le test est positif (11 personnes sur 20 soit 55% des sujets totaux), 7 acceptent une évaluation et prise en soins de leurs capacités motrices. (63%)

3 sujets refusent car bénéficient déjà de kinésithérapie des membres inférieurs. (27%)

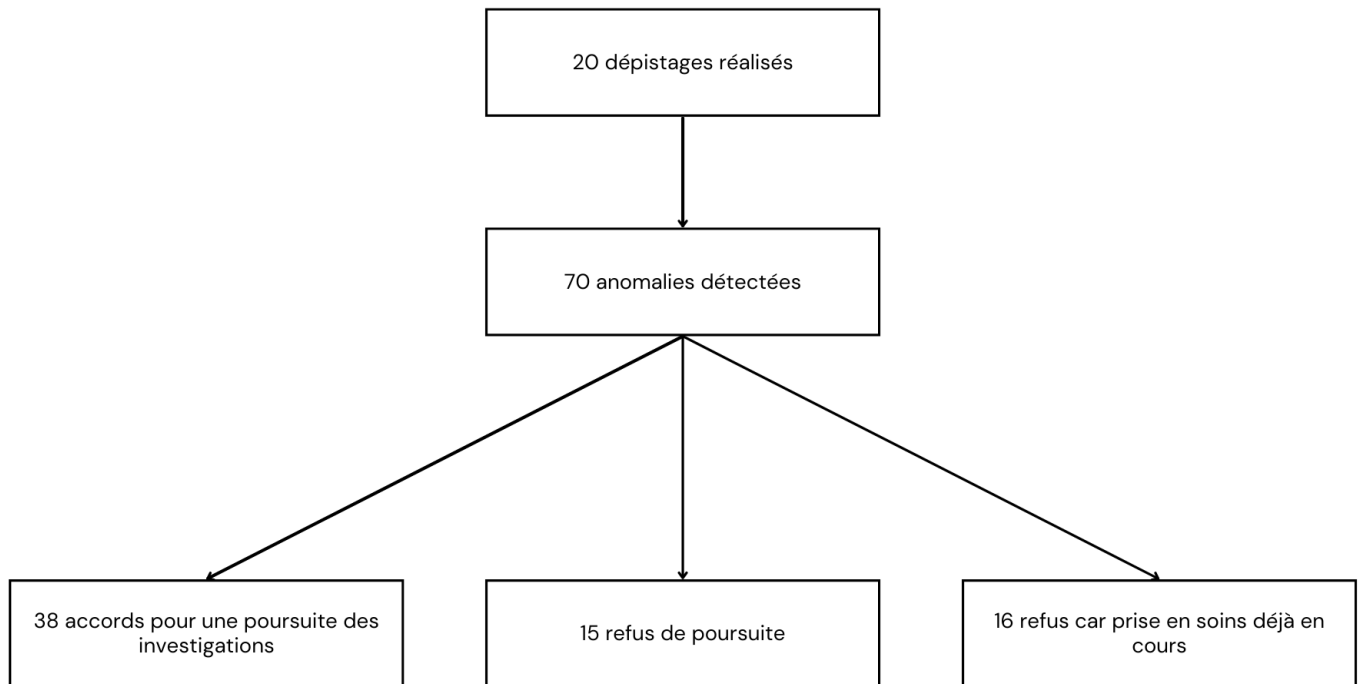
1 seule personne refuse car « considère que sa « marche est simplement limitée par sa prothèse de hanche posée récemment ».



Taux d'adhésion au projet

Le taux d'adhésion général au programme, soit la proportion de bilans complémentaires acceptés, atteint 54,3%, avec des différences notables en fonction de la capacité fonctionnelle concernée.

Le taux de refus (taux pour lequel on ne tient pas compte des refus car une prise en soins adaptée est déjà en cours) concerne 15 prises en soins sur 70 anomalies détectées, soit 21,4%.



Les meilleurs taux d'adhésion à une évaluation plus globale concernent les anomalies de la cognition, de la vision, l'audition et de la motricité, avec des taux d'acceptation respectivement de 68,5%, 61,2%, 64,3% et 63,6%.

Les taux d'adhésion à une poursuite des investigations en cas d'anomalie sur le dépistage de l'état nutritionnel et du moral sont moins bons, avec seulement respectivement 50% et 40% de poursuite du programme des items correspondants. Il s'agit cependant des items présentant les effectifs les plus restreints.

Le taux d'adhésion à une poursuite du programme est similaire quelle que soit la profession de l'expérimentateur. (53,1% pour les médecins contre 55,6% pour les infirmières)

Discussion

Les médecins et infirmières de la CPTS ont agi de concert afin de proposer le dépistage à un panel de patients.

La possibilité de réaliser les tests de dépistages au domicile des patients a permis de cibler une population plus fragile, donc plus susceptible de tirer bénéfice de ce projet.

L'importante proportion de sujet n'ayant jamais abordé le thème de la chute (60%) avec un professionnel de santé, y compris à un âge avancé, encourage à porter ce type de programme au sein de la population générale.

Seul 20% des sujets avaient bénéficié d'une action de prévention primaire de la chute.

Il n'existe pas de donnée comparable dans la littérature à ma connaissance.

L'évocation de ce thème, même de façon brève, permettra au patient d'y être attentif et de l'aborder avec ses proches.

Toute diminution de risque de chute aura des conséquences bénéfiques sur l'autonomie des sujets, sur le plan individuel et collectif.

Le taux de positivité de la phase de dépistage est plus élevé qu'au sein du programme ICOPE en Occitanie. (100% dans la CPTS Opale Sud contre 94% en Occitanie (13)) L'objectif des deux projets est cependant différent. (Lutte contre la dépendance versus prévention de la chute)

Le faible effectif de l'échantillon peut expliquer cette différence, l'absence de critère d'exclusion également.

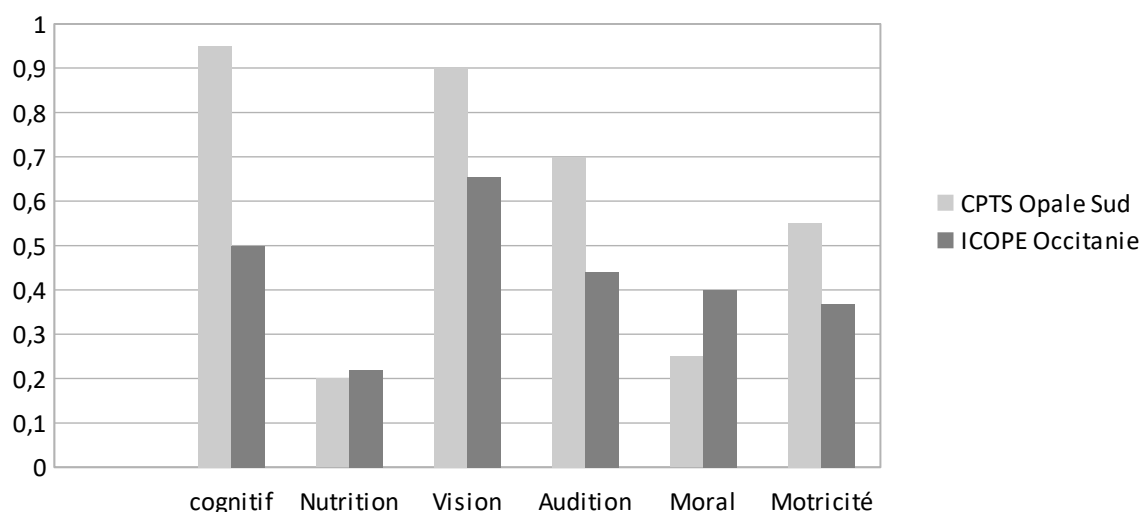
La liberté laissée aux professionnels de santé de choisir les sujets à inclure a sans doute

Caillier Paul

entraîné un biais de sélection : les personnes âgées vues dans le cadre de consultations ou de soins à domicile présentent plus fréquemment des maladies chroniques, des déficiences, des difficultés de mobilisation ; ils ont sans doute également commencé par proposer ce dépistage à leurs patients dont ils estiment qu'il est le plus urgent d'agir.

La prévalence des anomalies sur le test de dépistage de la CPTS Opale Sud en comparaison du programme ICOPE en Occitanie montre des différences parfois importantes. (14)

Prévalence d'anomalie sur le test de dépistage ICOPE



Les différences d'acceptation de bilan complémentaire en fonction de la capacité fonctionnelle altérée chez un même individu montrent que toutes les altérations de capacités fonctionnelles ne sont pas vécues de la même façon par le sujet.

Si la lunette de vue est aujourd'hui considérée comme un outil, ce n'est sans doute pas le cas d'un appareillage auditif, évoquant plutôt l'émergence d'un handicap.

L'enquête de la Journée Nationale de l'Audition de février 2019 a mis en évidence un paradoxe : les français sont enclins à l'utilisation d'appareillage auditif jusqu'à ce qu'ils y soient confrontés. (15)

Paul Caillier

Travailler sur les concepts psychologiques qui sous-tendent ce refus de consulter semble opportun dans le cadre du protocole « chute », et au delà.

Un individu conscient de la diminution de ses capacités fonctionnelles est par ailleurs plus enclin à poursuivre les investigations dans le cadre du protocole « chute ».

Ce type de programme de soins intégrés nécessite une participation active du patient pour qu'elle puisse être efficace.

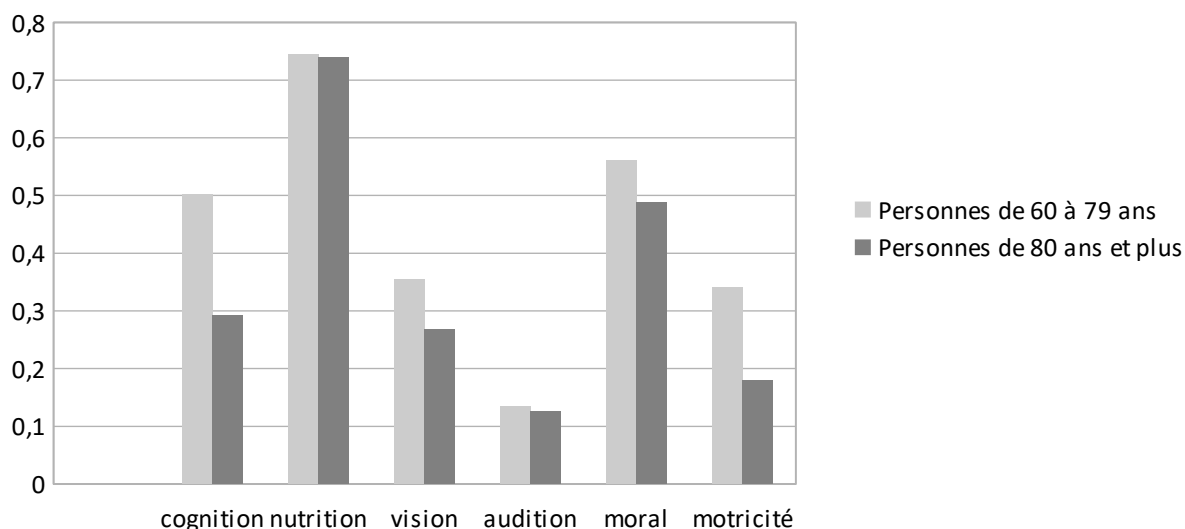
Les performances diagnostiques du test de dépistage employé sont très aléatoires en fonction de la capacité fonctionnelle dépistée dans la littérature.

La sensibilité varie de 42% à 69,6%, la spécificité est supérieure à 70% dans tous les domaines (hormis la vision, qui à une sensibilité de 97,2%).(16)

L'objectif vers lequel peut tendre la CPTS Opale Sud est représenté par le taux de réversibilité du programme ICOPE en Occitanie. (14)

Cette réversibilité représente la différence entre le nombre de test positif (pour un item donné) de l'évaluation initiale et le nombre de test positif lors de la réévaluation dans un délai de 3 à 12 mois.

Taux de réversibilité par rapport à l'évaluation initiale anormale



Cette notion de réversibilité englobe de façon indifférenciée les faux positifs et les personnes réellement améliorées par les soins entrepris.

L'organisation de groupes de travail dans le cadre d'activité physique adaptée, ou d'atelier « cuisine » pourrait permettre d'optimiser le taux d'acceptation des patients aux propositions de soins qui sont faites, et en optimiser les bénéfices. (17)

Un décroisement ville - hôpital est également souhaitable, afin de faire bénéficier aux patients les plus à risque de chute de l'expertise des gériatres, si possible avant que la chute ne survienne.

A cet effet, la commission « personnes âgées » de la CPTS Opale Sud a rencontré les membres du service de gériatrie de l'hôpital Duchenne de Boulogne-sur-Mer en charge du développement d'un atelier d'éducation thérapeutique du patient (ETP) « chute » sous une forme inhabituelle puisqu'il sera délocalisé hors des murs de l'hôpital.

Conclusion

Dix-sept mois se sont écoulés entre la première réunion du groupe de travail et le lancement de l'expérimentation du protocole de soins au sein du territoire de la CPTS Opale Sud.

Au-delà du nombre de questionnaires analysés, c'est le nombre de dépistages total qu'il convient de prendre en considération : les débuts de ce protocole sont réussis.

Une structure telle qu'une CPTS, avec les moyens de coordination à sa disposition, est capable de fédérer de nombreux professionnels autour d'un thème tel que celui de la chute et du « bien vieillir ».

La capacité qu'a démontré la CPTS Opale Sud dans le dépistage de sa population âgée est exemplaire, y compris pour atteindre une population éloignée sur le plan géographique des cabinets de santé. L'investissement des acteurs de terrains sur ce point, les infirmières notamment, est essentiel.

La mission de la CPTS portant sur l'accès aux soins pour tous est déjà développée.

Malheureusement l'atteinte des patients qui ne possèdent pas de médecin traitant au sein du protocole « chute » est pour l'instant un échec et devra faire l'objet d'efforts supplémentaires à l'avenir.

Plusieurs pistes se distinguent pour augmenter la visibilité d'un tel programme : pouvoir bénéficier parmi ses expérimentateurs de professionnels de santé dont au moins une partie de l'activité professionnelle n'est pas soumise à prescription médicale, tels que les pharmaciens, et pédicure-podologues ; poursuivre le travail déjà commencé par la CPTS Opale Sud pour faire l'état des lieux des médecins acceptant de nouveaux patients ; renforcer l'attractivité du

Caillier Paul

territoire de la CPTS afin de voir s'installer de jeunes médecins.

Ce travail peut contribuer au développement de futurs projets au sein de la CPTS Opale Sud, ainsi que dans toutes autres structures de soins désirant s'emparer de la problématique de la chute et du « bien vieillir ».

L'évaluation de l'efficacité de ce protocole pourra faire l'objet d'un futur travail de recherche, par la comparaison à distance des résultats du test de dépistage notamment.

Bibliographie

1. REZONE CPTS [Internet]. [cité 20 avr 2023]. Disponible sur: <http://rezone.ameli.fr/rezone/cartoCpts.html>
2. Communautés professionnelles territoriales de santé : décryptage de l'accord signé et des 2 avenants [Internet]. 2022 [cité 27 août 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/cote-d-opale/medecin/actualites/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-decryptage-de-l-accord-signé-et-des-2-avenants>
3. accord-aci-cpts-integrant-avenant-2-version-consolidee.pdf [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/accord-aci-cpts-integrant-avenant-2-version-consolidee.pdf>
4. Seniors – France, portrait social | Insee [Internet]. [cité 27 août 2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238381?sommaire=4238781#figure1_radio1
5. Vieillesse et santé [Internet]. [cité 27 août 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
6. DICOM_Boris.R, DICOM_Boris.R. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 5 janv 2023]. Plan antichute des personnes âgées. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/autonomie/article/plan-antichute-des-personnes-agees>
7. Présentation du programme ICOPE [Internet]. [cité 27 août 2024]. Disponible sur: <https://www.icope.fr/pro/presentation>
8. Blazy C, Chabrière S, Calvet A. ICOPE : Un exemple de parcours intégré de prévention pluridisciplinaire pour faire face aux enjeux de la dépendance. Regards. 2023;61(1):79-100.
9. synthese_aps_personnes_agees_a_risque_de_chute.pdf [Internet]. [cité 30 août 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-04/synthese_aps_personnes_agees_a_risque_de_chute.pdf
10. Loi du 8 avril 2024 Bien vieillir grand âge et autonomie Ehpad | vie-publique.fr [Internet]. [cité 27 août 2024]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/loi/291928-loi-du-8-avril-2024-bien-vieillir-grand-age-et-autonomie-ehpad>
11. Population par sexe et groupe d'âges | Insee [Internet]. [cité 25 juin 2024]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474#figure1_radio1
12. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 27 août 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>
13. Tavassoli N, de Souto Barreto P, Berbon C, Mathieu C, de Kerimel J, Lafont C, et al. Implementation of the WHO integrated care for older people (ICOPE) programme in clinical

- practice: a prospective study. *Lancet Healthy Longev.* juin 2022;3(6):e394-404.
14. de Souto Barreto P, Gonzalez-Bautista E, Bischoff-Ferrari HA, Pelegri de Oliveira V, Gorga Bandeira de Mello R, Andrieu S, et al. Real-life intrinsic capacity screening data from the ICOPE-Care program. *Nat Aging.* 9 août 2024;1-11.
 15. Bendavid R, Poët D, Jna C, Leroy S. Sondage Ifop pour la Journée nationale de l'Audition.
 16. Giudici KV, de Souto Barreto P, Guyonnet S, Beard JR, Takeda C, Cantet C, et al. Predictive Capacity of the Integrated Care for Older People Screening Tool for Intrinsic Capacity Impairments: Results From the INSPIRE-T Cohort. *J Gerontol Ser A.* 1 juill 2024;79(7):glae112.
 17. NCT05744492. Multicomponent Exercise Program on the Intrinsic Capacity (ICOPE) of Community-dwelling Older Adults in Primary Care | Cochrane Library. [cité 5 sept 2024]; Disponible sur: <https://www-cochranelibrary-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/central/doi/10.1002/central/CN-02526807/full?highlightAbstract=icope%7Cicop>

Annexe 1 : Protocole de soins sujet âgé à risque de chute CPTS Opale

Sud

Mise en œuvre du protocole de soins : 1ère phase : repérage

La chute du sujet âgé est multifactorielle, conséquence de l'addition de facteurs de risque liés à l'âge et aux maladies.

Être attentif aux facteurs de risque dans cette population de patient vieillissant, et mettre en œuvre un programme de soins afin de les corriger est un enjeu de santé publique. L'objectif est de promouvoir le « bien vieillir », pour à terme améliorer la qualité de vie de ces patients et retarder la perte d'autonomie.

La proposition de prise en soins des patients de la CPTS se décompose en 2 parties :

- une phase de dépistage du risque de chute permet l'abord initial du patient
- une deuxième phase permet d'évaluer plus attentivement les capacités fonctionnelles des patients afin de pouvoir leur proposer une démarche thérapeutique, si ceux-ci sont d'accord.

Le choix de la sélection des patients est laissé à l'appréciation du professionnel de santé expérimentateur. Le seul critère d'inclusion est le critère de l'âge : 65 ans et plus. Absence de critère d'exclusion, y compris sur la base de l'autonomie.

Le test employé est l'ICOPE Step 1 de l'OMS(1), qui peut être réalisé au cabinet du professionnel de santé, ou en en visite au domicile du patient par l'expérimentateur.

Ce test permet en une dizaine de minutes d'évaluer 6 capacités fonctionnelles de l'individu : les capacités cognitives, l'état nutritionnel, la vue, l'audition, le moral, et la motricité. Plus le nombre de capacités est altéré, et plus le patient est à risque de chute.

La commission propose d'aller au delà de l'indication initiale du test qui est le dépistage du risque de dépendance, et de considérer les 6 capacités intrinsèques du tests comme des facteurs de risque de chute.

Si le test est réalisé en version informatique sur le registre LimeSurvey, dès réception les résultats sont transmis à la coordinatrice.

Si le test est réalisé en format papier, le résultat est transmis directement par le professionnel de santé à la coordinatrice du protocole. Elle se charge alors de l'insérer sur le registre LimeSurvey.

La coordinatrice du protocole, qui centralise les résultats des tests, informe par courrier électronique le médecin traitant du patient, et propose des pistes de réflexion afin de poursuivre le travail de dépistage et ensuite de prise en soins des facteurs de risque de chute.

Les sociétés savantes recommandent la gradation du risque de chute du patient avant

d'intenter toute prise en soins (qui se voudra plus intensive à mesure que le risque de chute augmente)

Dans le cadre d'une promotion de la santé multidimensionnelle, le présent protocole ne propose pas de gradation de ce type, qui ne servirait qu'à alourdir un dossier déjà dense, et qui ne modifierai pas la prise en soins proposée au décours de l'évaluation.

ICOPE MONITOR STEP 1 DE L'OMS

Date du test :

☐ Evaluation initiale ☐ Suivi – monitoring

Nom et prénom :

Date et ville de naissance :

Téléphone Portable:

Adresse mail:

Nom et ville du médecin traitant :

Je certifie avoir obtenu l'accord du sujet ☐ Le :

Signature:

| Fonctions | Tests | Résultats |
|--------------------|---|---|
| Cognition | 1. Avez-vous des problèmes de mémoire ou d'orientation? 2. Avez-vous constaté une aggravation de ces troubles ces 4 derniers mois? 3. Apprentissage de 3 mots : Citron, clé, ballon 4. Orientation temporo-spatiale : <i>Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?</i> - Année - Jour de la semaine - Mois - Jour du mois | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Nutrition | 1. Perte de poids : Avez-vous perdu involontairement au moins 3kg au cours des 3 derniers mois ? 2. Avez-vous perdu de l'appétit récemment ? | Poids actuel : Kg <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Cognition | Rappel des trois mots: Mot 1 Mot 2 Mot 3 | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Vision | Avez-vous des problèmes avec vos yeux ? difficultés en vision de loin, à lire, pathologie oculaire ou médicament (ex diabète, HTA) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Audition | Test de Whisper (test de chuchotement)* : - Oreille droite capable de répéter 3 mots - Oreille gauche capable de répéter 3 mots | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Psychologie | Au cours des deux dernières semaines: 1. Vous êtes-vous senti déprimé ou sans espoir ? 2. Avez-vous trouvé peu d'intérêt ou une perte de plaisir à faire les choses ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Mobilité | Test de lever de chaise** : 1. Réalisation des cinq levers? 2. Si non, combien de levers de chaise réalisés? 3. Si aucun, le patient est-il capable de se lever d'une chaise en s'aidant des bras mais sans aide d'autrui ? | Temps en sec..... <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Le choix est laissé au médecin traitant de poursuivre seul les investigations ou de déléguer cette tâche aux professionnels de santé volontaires du protocole.

Interprétation du test de dépistage :

Test de dépistage négatif : Aucune anomalie détectée avec le test de dépistage.
Proposer une prise en soins minimale (cf section correspondante et Annexe 1)
Conserver les coordonnées du patient pour réévaluer la situation dans un délai d'un an.

Test de dépistage positif :
Évaluation complète de la (ou des) capacité(s) fonctionnelle(s) susceptible(s) d'être altérée(s).

En cas de constatation d'anomalies pouvant laisser penser qu'une capacité fonctionnelle est altérée, il convient de proposer au sujet un bilan étiologique pour parvenir à une prise en soins ciblant spécifiquement les problématiques médicales rencontrées.

La coordinatrice du programme va envoyer une note au médecin traitant du patient pour l'avertir de la normalité du test de dépistage, ou des anomalies mises en évidence.
Le choix appartient donc au médecin traitant du patient concerné de choisir la suite de la prise en soins.

Si le médecin traitant le souhaite, le bilan étiologique pourra donc être effectué par l'un des professionnels de santé expérimentateurs volontaires.

Prise en soins minimale pour tous sujets ayant bénéficié du dépistage : (Figure 1)

Il sera toujours bénéfique de proposer une information minimale sur la chute, ses risques, et préconiser au sujet de parler de la chute si elle survient.

- promotion de l'activité physique adaptée

L'activité physique adaptée à la motricité de chaque patient est pourvoyeuse de bien être physique et moral, et la meilleure thérapie pour améliorer ses capacités motrices.(2)

L'amélioration des capacités et de l'aisance physiques auront un impact positif sur le risque de chute du patient âgé.

- Polymédication / iatrogénie : toilette d'ordonnance

L'augmentation progressive du nombre de maladie chronique chez le sujet âgé est à l'origine

d'une augmentation de ligne de médicaments sur l'ordonnance.

La multiplication de ces traitements médicamenteux provoque une augmentation des effets indésirables des médicaments, qui définit la iatrogénie.

Les benzodiazépines et apparentées, et anti-dépresseurs utilisés pour leurs vertus anxiolytiques et somnifères, ont comme principaux effets indésirables une augmentation du risque de chute par leur effet sédatif, l'apparition de troubles de la coordination.

Des effets sur le plan cognitif sont également fréquents chez le sujet âgé, marqués par une difficulté de mémorisation antérograde, une difficulté de concentration, un ralentissement dans les apprentissages, une dégradation des capacités cognitives.

Il s'agit par ailleurs de substances addictives, un phénomène de servage peut apparaître.

Environ 27% des plus de 65 ans consomment des benzodiazépines de façon chronique.

Cette part augmente de plus de 10 points chez les plus de 85 ans pour atteindre 38%. (chiffre de 2011)

La consommation d'anti-agrégant plaquettaire et d'anticoagulant expose principalement au risque de saignement, susceptible d'aggraver des chutes.

Les traitements anti-hypertenseurs exposent au risque d'hypotension artérielle.

Les diurétiques spécifiquement exposent à la déshydratation, aux désordres hydro-électrolytiques et à la confusion.

La prévention et la gestion des effets indésirables médicamenteux nécessite l'intervention d'une équipe pluri-professionnelle.

Elle justifie une réévaluation avant chaque renouvellement de traitement afin de stopper un traitement si la balance bénéfice – risque n'est plus favorable.

La conciliation médicamenteuse et les entretiens pharmaceutiques effectués par les pharmaciens sont un support important pour ce travail.

– Évaluation du lieu de vie

L'évaluation du lieu de vie du sujet peut permettre la mise en évidence d'obstacle dans les pièces de vie à soustraire pour limiter le risque de chute.

Elle peut également contribuer :

- à l'installation d'équipements de sécurisation du domicile, tel que des barres d'appui, une rambarde dans les escaliers, un tapis de douche anti-dérapant, un rehausseur pour les toilettes ect.
- À améliorer l'éclairage du domicile et créer du contraste

L'intervention d'ergothérapeutes libéraux peut être proposée, l'intervention d'équipes spécialisées dans le maintien à domicile également avec l'exemple de l'ESPRAD. A noter que pour cette dernière, 18 séances par an sont intégralement prises en charge par la sécurité sociale, sur prescription médicale.

– Vérification du chaussage

Un chaussage inadapté est pourvoyeur de chute.

Pour limiter les risques, le sujet doit privilégier des chaussures avec maintien de cheville pour

empêcher le pied de glisser, avec un léger talon large, et facile à mettre en place.(3)

– Évaluation du besoin d'aide technique et de son utilisation

Un certain nombre d'aides techniques sont prises intégralement en charge par l'assurance maladie : les cannes simples, les déambulateurs 2 roues et 4 patins, les chaises percées, la location de lit médicalisé, et disponible sur simple prescription médicale. (pharmacie ou prestataire)

– Évaluation sociale

Faire un état des lieux social permet de connaître l'environnement du sujet : son entourage et les ressources à disposition.

Connaitre l'entourage aidant de son patient est utile en cas de chute, d'hospitalisation, pour favoriser le maintien en sécurité à la maison.

La précarité peut expliquer des situations de carence alimentaire.

Le manque de ressource peut générer des mises en danger, par exemple dans le cadre de l'entretien du domicile, ou provoquer une limitation dans l'installation de matériels de sécurisation du domicile.

Un bilan social est souvent nécessaire, notamment dans en cas d'isolement, afin de porter à la connaissance des sujets les aides disponibles auxquelles il est possible de recourir.

2 exemples d'aides financières :

- Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), à partir de 60 ans, délivrée par le département. Cette aide en particulier a pour vocation d'aider les personnes âgées dans l'entretien de leur environnement de vie, dans la réalisation de courses, la préparation des repas, la compagnie.
- Le dispositif d'aide Ma Prime Adapt' permet sous condition de revenu de bénéficier d'une prise en charge comprise entre 50 et 70% du montant total des travaux d'aménagement intérieur et extérieur du domicile. (Ne dépassant pas une facture totale de 22 000 euros hors taxe)

Exemple : l'installation d'un monte escalier électrique, de volets roulants, ou encore le remplacement d'une baignoire par une douche.

– Télé-assistance

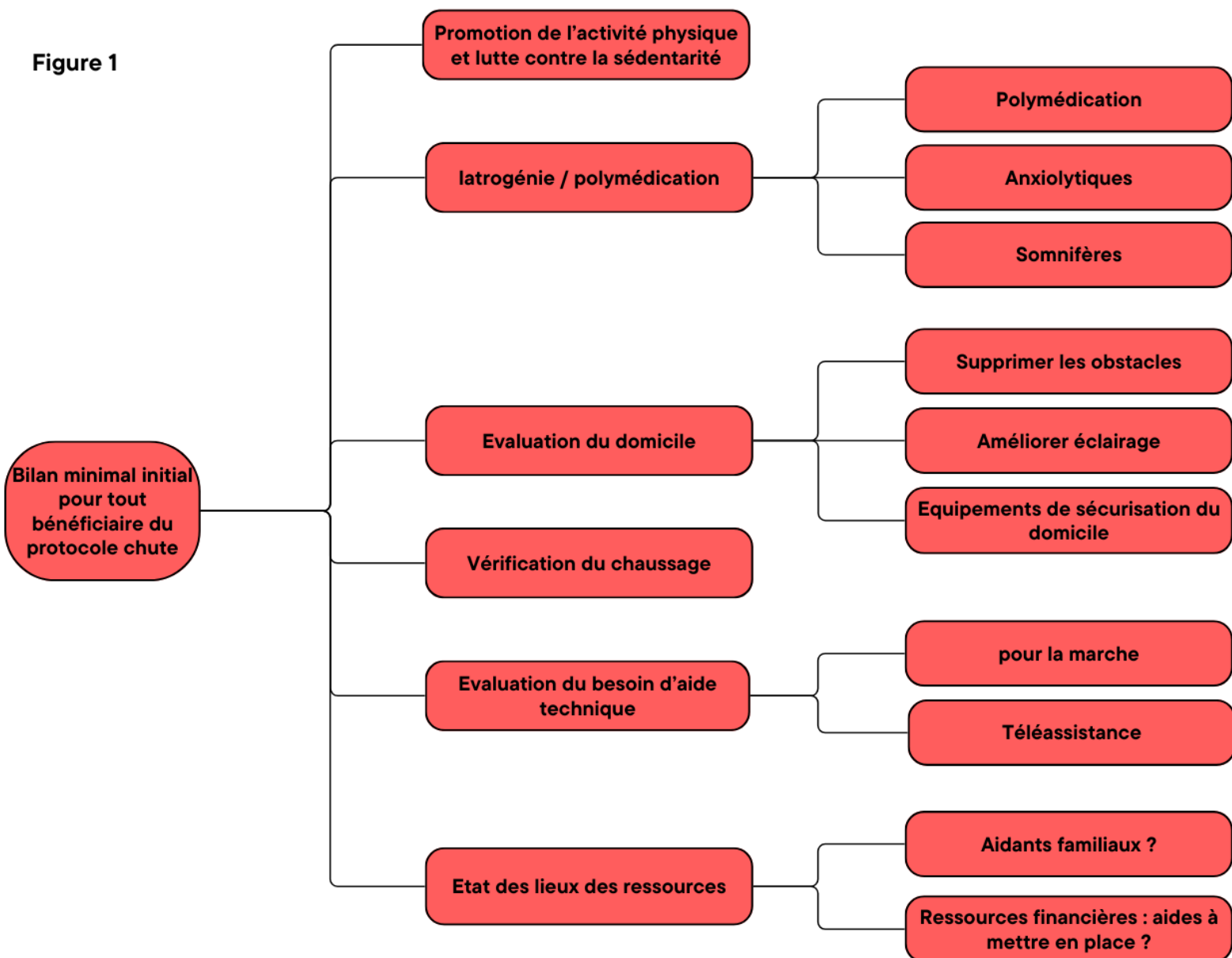
La station au sol prolongée, ou l'incapacité du sujet à se relever en cas de chute sont d'importants facteurs de risque de complication : rhabdomyolyse, hypothermie, escarre, incapacité permanente, décès.

Les systèmes de télé-alarme, sur bracelet ou collier, permettent de prévenir les secours par une simple pression de doigt (certains se déclenchent même seuls grâce à un accéléromètre qui

détecte la chute).

Des aides financières existent pour prendre en charge tout ou parti du coût d'installation de ce type de matériel.

Figure 1



Bilan étiologique : 2ème phase

Il est difficile d'aboutir à une prise en soins se voulant exhaustive compte tenu de nombre important de facteurs de risques de chute.

Pour chaque fonction altérée, un logigramme vous est proposé, mettant en évidence les principales causes à rechercher et à intégrer dans la démarche de soins.

Sur le plan cognitif : (figure 2)

La dégradation des capacités cognitives des patients avec l'âge est la conséquence de causes multiples.

Ces troubles peuvent se manifester de façon diverses allant de troubles de la mémoire ou du comportement, au manque du mot, ou à la difficulté à s'orienter.

Faire le diagnostic d'un trouble cognitif débutant ou plus sévère, puis de faire bénéficier au patient d'une recherche étiologique de son trouble, en proposant des soins adaptés, a pour objectif de limiter la dégradation de ses capacités fonctionnelles.

Le diagnostic de trouble cognitif peut être aidé par la réalisation de test d'évaluation spécifique, tel que le MOCA ou le MMSE parmi les plus utilisés. Ils permettent notamment de déterminer le degré des troubles.

Dans le protocole de soins de la CPTS Opale, le test MOCA est priorisé car permet de mettre en évidence des troubles cognitifs légers, notamment lorsque des réévaluations sont effectuées.(4)

Afin d'élucider l'origine des troubles, un bilan étiologique doit être conduit, balayant les causes fréquentes de déclin cognitif :

- Polymédication / iatrogénie : toilette d'ordonnance

Cf bilan minimal

- Maladies vasculaires cérébrales

Les maladies vasculaires cérébrales, qu'elles soient temporaires dans le cadre d'accidents ischémiques transitoires ou définitives, sont pourvoyeuses de déclin cognitif chez les patients âgés, mais aussi de syndromes déficitaires augmentant le risque de chute.

2 principaux champs pathologiques sont à l'origine de ces conséquences cognitives :

- les accidents vasculaires cérébraux ischémiques, conséquence d'une athérosclérose, d'un diabète, d'une hypertension artérielle, de la sédentarité, par exemple par l'apparition de maladies cardiaques pro-thrombogènes. Parmi les plus fréquente on retrouve la fibrillation atriale, les maladies valvulaires ou la présence d'une prothèse valvulaire. Elles sont responsables de démences dite vasculaires.

- Les accidents vasculaires cérébraux hémorragiques, conséquence d'une hypertension artérielle, du tabagisme, et aggravés par la prise de traitement anti-aggrégant plaquettaire et anti-coagulant.

Les troubles de l'équilibre, les parésies, les troubles visuels, les troubles de la coordinations, constituent les principales séquelles favorisant la chute.

L'objectif de soins recherché est de prévenir l'apparition des accidents vasculaires cérébraux, en recherchant le cas échéant les facteurs de risques, et de les intégrer dans une démarche de soins.

Le sevrage tabagique doit toujours être recherché.

Stabiliser les maladies chroniques est donc être un prérequis essentiel pour ralentir le déclin cognitif.

- Maladies neuro-dégénératives

Les maladies neurodégénératives sont fréquentes puisqu'elles concernent plus d'1 millions de personnes de plus de 65 ans en France.

La méta-analyse Eurodem permet d'estimer la part de maladies neurodégénératives dans la population européenne.

Cette proportion augmente progressivement avec l'âge des sujets, passant de 1% de maladie d'Alzheimer et apparentée dans la population âgée de 65 à 69 ans, jusqu'à 18 à 25% chez les sujets âgés de 85 ans et plus. (respectivement chez les hommes et les femmes) (5)

La maladie d'Alzheimer représente la large majorité de ces maladies dans plus de 70% des cas, cette proportion augmente également avec l'âge.

Les démences vasculaires, consécutives d'accidents vasculaires cérébraux multiples, représente 10% des cas. Elle est caractérisée par une évolution en à-coups.

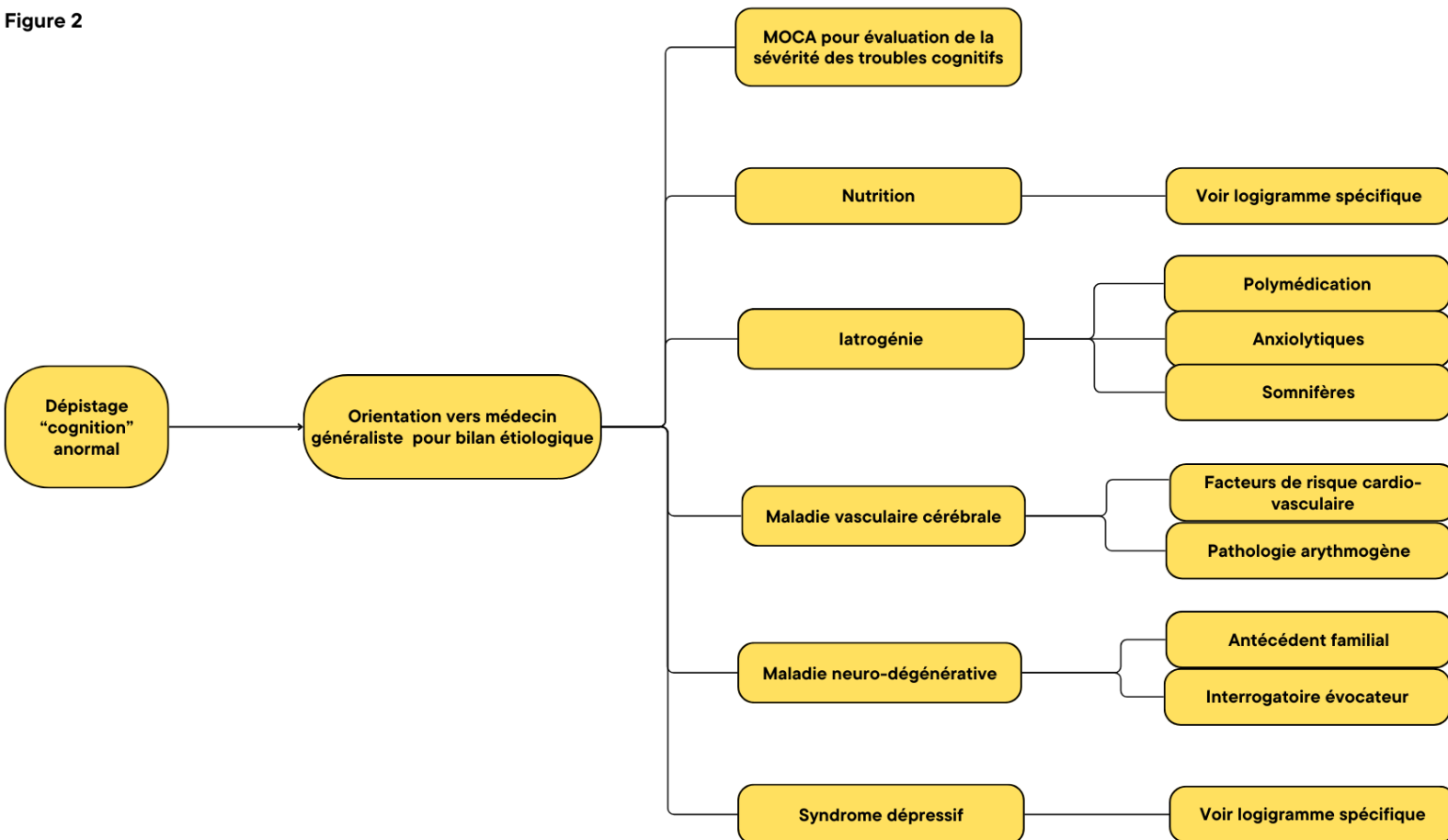
Ces maladies sont responsables de trouble du comportement entraînant des prises de risque, parfois à des troubles de la coordinations, à des troubles moteurs divers, à des troubles de l'équilibre responsables de chute.

Le diagnostic se fait à l'interrogatoire, à l'examen clinique et par la réalisation d'examen complémentaire telle qu'une imagerie cérébrale.

En France une démence sur deux seulement est diagnostiquée.

Des réseaux de soins type MAIA, les associations de malades sont des supports pour cet accompagnement.

Figure 2



Sur le plan nutritionnel : (figure 3)

La dénutrition est la somme d'une balance énergétique défavorable.

Elle peut être liée à une prise alimentaire insuffisante, à une augmentation de la dépense énergétique ou protéique.

Chez le sujet de plus de 70 ans, le diagnostic d'une dénutrition du sujet âgé repose sur une association obligatoire d'au moins un critère physique et d'au moins un critère étiologique.

Les critères physiques sont la conséquence des critères étiologiques : une perte plus ou moins importante de poids dans les mois qui précèdent, un indice de masse corporelle (IMC) inférieure à 22 kg/m², une sarcopénie.

Les critères étiologiques permettent de comprendre le phénotype du sujet : une moindre prise alimentaire quotidienne dans les semaines qui précèdent, une malabsorption ou maldigestion, une maladie aiguë, chronique ou maligne évolutive.(6)

A noter que l'albuminémie n'est pas un critère diagnostique de la dénutrition, mais un critère de

sévérité.

La prise en soins nutritionnelle du sujet âgé dénutri est nécessaire pour corriger les carences et obtenir une balance énergétique plus favorable. Elle passe par un enrichissement alimentaire sur le plan protéique notamment.

La recherche de troubles associés justifie un bilan exhaustif:

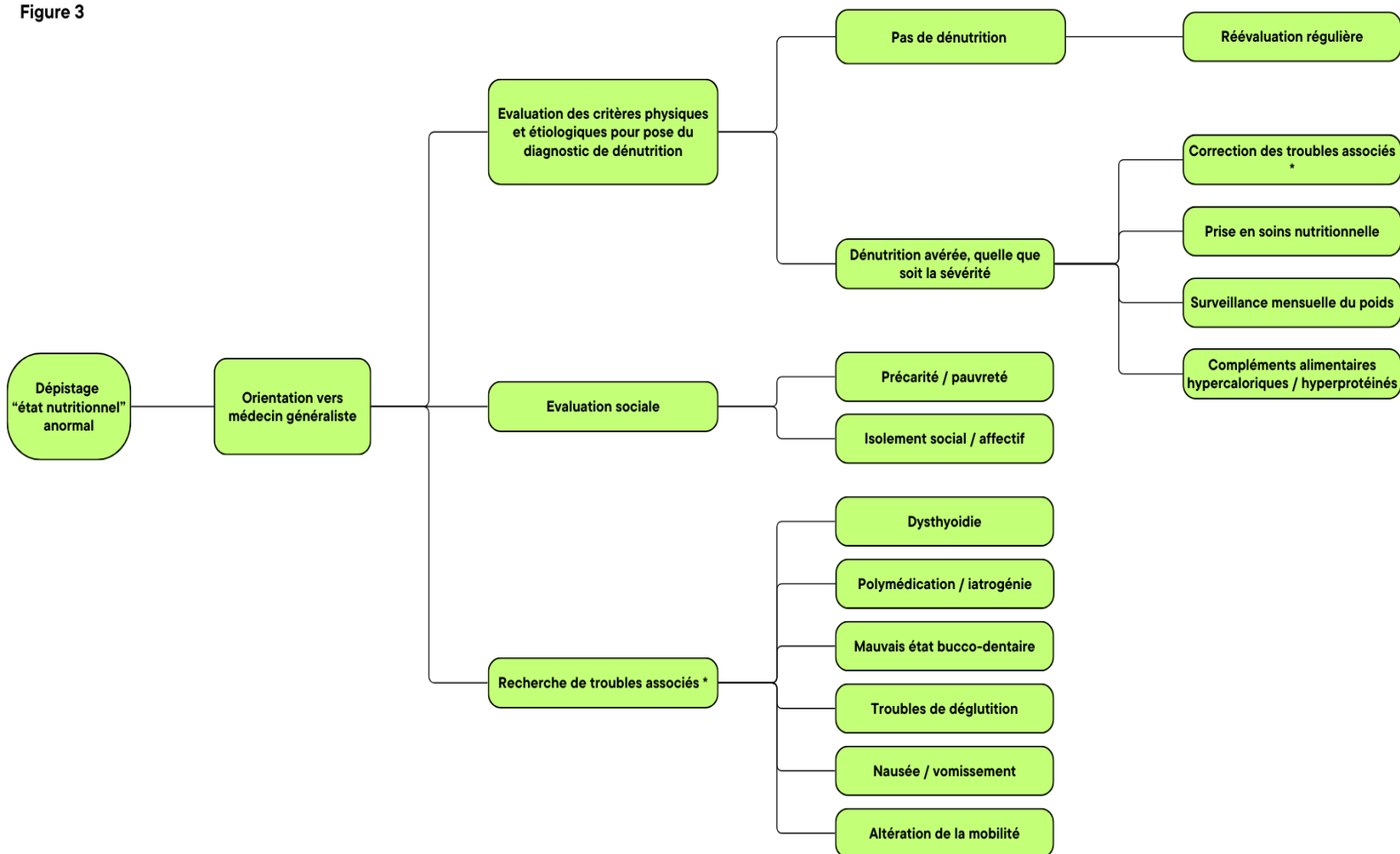
- La recherche de maladies générales / malignes en cas de symptômes évocateurs
- le mauvais état bucco-dentaire, l'absence de prothèse ou la présence de prothèse inadaptée, les douleurs buccales sont autant de facteur de risque de dénutrition, qui diminue les chances de d'amélioration malgré une prise en soins nutritionnelle bien conduite
- la polymédication peut être responsable d'effets indésirables divers, par exemple une diminution de l'appétit, l'apparition de nausées ou de vomissements
- L'intervention d'un ergothérapeute peut être utile afin d'optimiser les outils nécessaires à l'alimentation, notamment en cas de handicap.
- L'intervention d'orthophoniste est également utile pour prendre en soins un sujet présentant des troubles de la déglutition.
- Une prise en soins rééducative est également justifiée dans ce cadre, à l'aide de kinésithérapie ou d'activité physique adaptée, prescrits sur ordonnance.

La précarité de la personne âgée peut être directement responsable d'une alimentation de mauvaise qualité, ou d'une sous-alimentation.

Si ce n'est pas déjà le cas, il est souhaitable de demander une évaluation de son éligibilité à l'APA, afin qu'une aide financière soit apportée notamment pour les courses, et humaine pour la confection des repas.

Le suivi de l'état nutritionnel d'un individu s'effectue par la surveillance du poids, de l'indice de masse corporelle, l'évaluation de l'appétit et des prises alimentaires, et la force musculaire.

Figure 3



Sur le plan visuel : (figure 4)

Une défaillance du sujet sur le plan visuel est pourvoyeuse de chute.

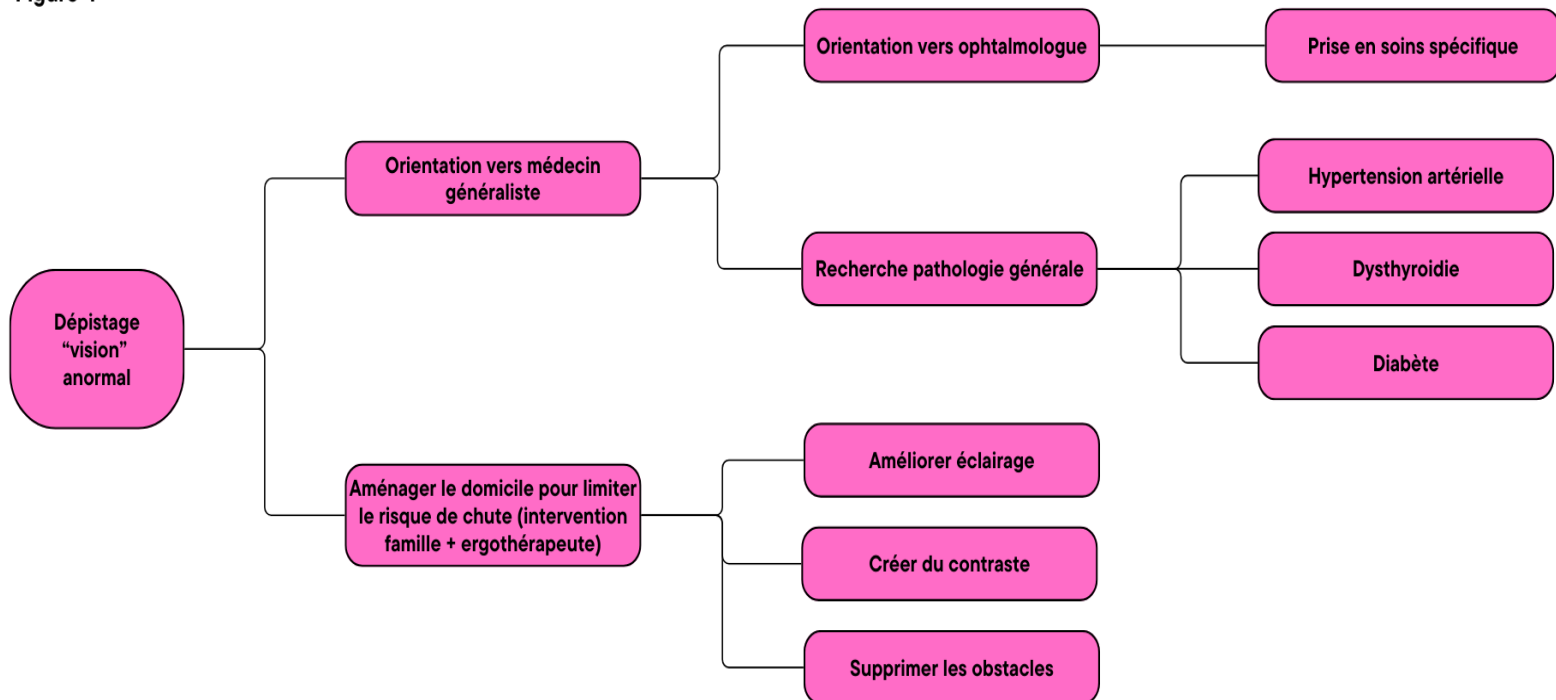
Un test de dépistage ICOPE Step 1 positif sur le plan visuel suppose que le sujet se plaint de trouble visuel, ou qu'il présente une pathologie générale pouvant provoquer une baisse de l'acuité visuelle. Dans les 2 situations l'intégration du sujet dans un parcours de soins est souhaitable.

Ainsi la prise en soins est double, avec l'orientation vers son médecin généraliste traitant et vers son ophtalmologue traitant.

Le médecin généraliste, dans son rôle de prévention primaire, dépiste certaines maladies chroniques pouvant se compliquer d'une atteinte ophtalmique, telles que le diabète, l'hypertension artérielle ou les maladies thyroïdiennes.

Les patients seront orientés vers leur ophtalmologue si la dernière consultation avec celui-ci dépasse un délai de 1 an.

Figure 4



Sur le plan auditif : (figure 5)

La diminution de l'audition chez le sujet âgé est un facteur de risque de chute.
Une étude récente suggère que chaque 10 dB perdu multiplie par 1,4 le risque de chute.

Plusieurs hypothèses tendent à expliquer ce phénomène : la moindre prise en compte des dangers de l'environnement à cause de l'augmentation des efforts exercés par l'individu pour capter les signaux sensitifs visuels et auditifs, mais également par une dysfonction concomitante des autres organes de l'oreille interne contrôlant l'équilibre. (7)

Un test de dépistage de l'audition positif suggère que le sujet a conscience d'une baisse de sa perception auditive, ou qu'il a échoué au test du chuchotement au moins sur l'une de ses deux oreilles.

Dans les deux situations, un examen physique mené par un médecin est souhaitable.

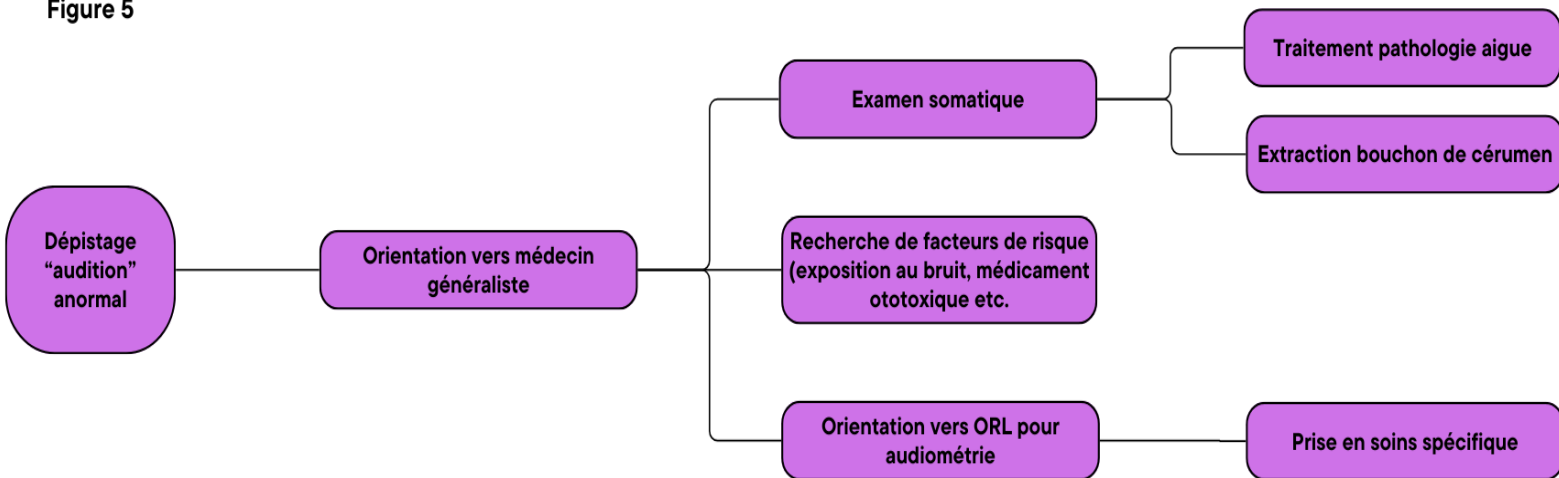
Le médecin généraliste dans un premier temps peut diagnostiquer une maladie aiguë de la sphère ORL, bouchon de cérumen compris, et la traiter.

Les facteurs de risque d'hypoacousie peuvent être recherchés : l'exposition sonore pendant la vie (dans le cadre d'une activité professionnelle ou privée comme la chasse), ou l'exposition à des médicaments ototoxiques, notamment des antibiotiques aminoglycosides et des chimiothérapies telles que les sels de platine.

Si la baisse de l'audition persiste, il est alors opportun de demander la réalisation d'un

audiogramme pour quantifier la perte auditive pour proposer au patient un appareillage le cas échéant.

Figure 5



Sur le plan du moral : (figure 6)

Les syndromes dépressifs sont sous diagnostiqués en France.

Une perte de poids, un ralentissement psycho-moteur traduit par une modification de la marche et des troubles de l'attention, ainsi qu'une dépréciation de l'estime de soi sont des manifestations fréquentes du syndrome dépressif chez le sujet âgé.

Les troubles du comportement se manifestant par de l'agressivité, une agitation, de l'opposition dans les soins en imposent parfois pour des troubles cognitifs.

Il peut s'agir d'un piège diagnostique.

Faire la recherche d'un syndrome dépressif peut permettre de poser un diagnostic, clinique, et d'améliorer la qualité de vie de ces patients par une prise en soins adaptée.

L'utilisation d'échelles de la dépression ne doit pas soustraire une évaluation rigoureuse de la part du praticien, car elles n'ont pour vocation de faire le diagnostic d'un syndrome dépressif, mais peuvent être utilisées pour en connaître l'intensité et en suivre l'évolution.

L'utilisation de l'échelle d'Hamilton, bien que partiellement inadaptée à la personne âgée, est préconisée dans ce protocole pour plusieurs motifs : elle est déjà très largement utilisée par les médecins généralistes ; elle est rapide à effectuer ; le praticien bénéficie d'une cotation spécifique de la sécurité sociale.

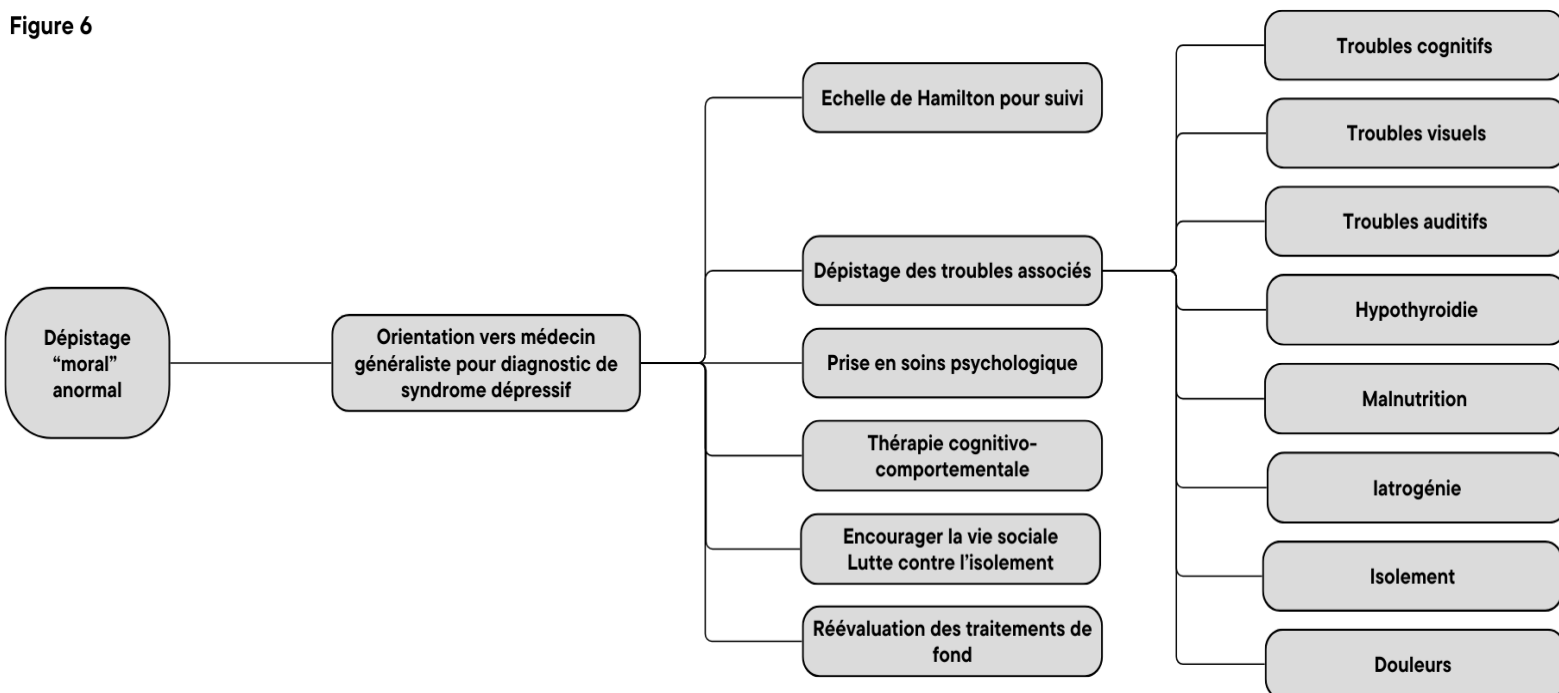
Il est proposé de ne pas tenir compte de l'item portant sur l'activité professionnelle.

Il est recommandé de dépister les troubles associés, qui sont en mesure de déclarer ou

d'aggraver un syndrome dépressif :

- un déclin cognitif
- des troubles sensoriels tels que les troubles visuels ou auditifs
- des maladies d'organe telles que l'hypothyroïdie
- les douleurs chroniques
- la iatrogénie
- la malnutrition, la carence alimentaire
- les difficultés financières / pauvreté
- l'isolement social / familial

Figure 6



Sur le plan de la mobilité : (figure 7)

Si le sujet a échoué au test des 5 levers (échec à la réalisation, ou réussite dans un temps trop important), une diminution de l'équilibre statique et de la force musculaire est alors mise en évidence.

Il est nécessaire d'évaluer cet équilibre et cette force sur le plan dynamique par la réalisation de tests supplémentaires, tel que le SPPB.(8)

La capacité du sujet à effectuer 5 levers sans l'aide des mains dans un temps imparti est une manœuvre simple permettant le diagnostic de la sarcopénie. Elle fait partie des recommandations de la European Working Group on sarcopenia in older people révisées en

La sarcopénie est un facteur de risque de majeur de chute du sujet âgé.

Elle résulte d'une modification physiologique du métabolisme des protéines liée à l'âge et aux carences hormonales, conduisant à une balance défavorable entre anabolisme et catabolisme des protéines.

Sur le plan de la constitution corporelle, la masse grasseuse augmente tandis que la masse musculaire diminue.

La diminution de l'activité physique, et l'immobilisation forcée accélèrent ce phénomène, aboutissant à une fatigabilité et une insuffisance musculaire.

Dans le protocole de la CPTS, les professionnels du domaine volontaires (kinésithérapeutes et enseignants APA) ont été conviés afin de participer à cette évaluation détaillée, puis à leur travail de rééducation afin de corriger les lacunes existantes.

Cependant une prise en soins rééducative ne peut suffire sans une prise en soins plus globale incluant notamment :

- une évaluation nutritionnelle.
- une évaluation cardiaque et pulmonaire à la recherche d'un angor, de signe d'insuffisance cardiaque, de broncho-pneumopathie chronique responsable de dyspnée.
- une évaluation des douleurs physiques, limitant la mobilité (claudication des membres inférieurs, arthrose, canal lombaire étroit, pathologie articulaire spécifique)
- un sevrage tabagique chaque fois que cela est possible.

Une évaluation du bon usage des aides techniques lorsqu'elles sont présentes est nécessaire, ou d'évaluer leur intérêt lorsqu'elles ne le sont pas encore.

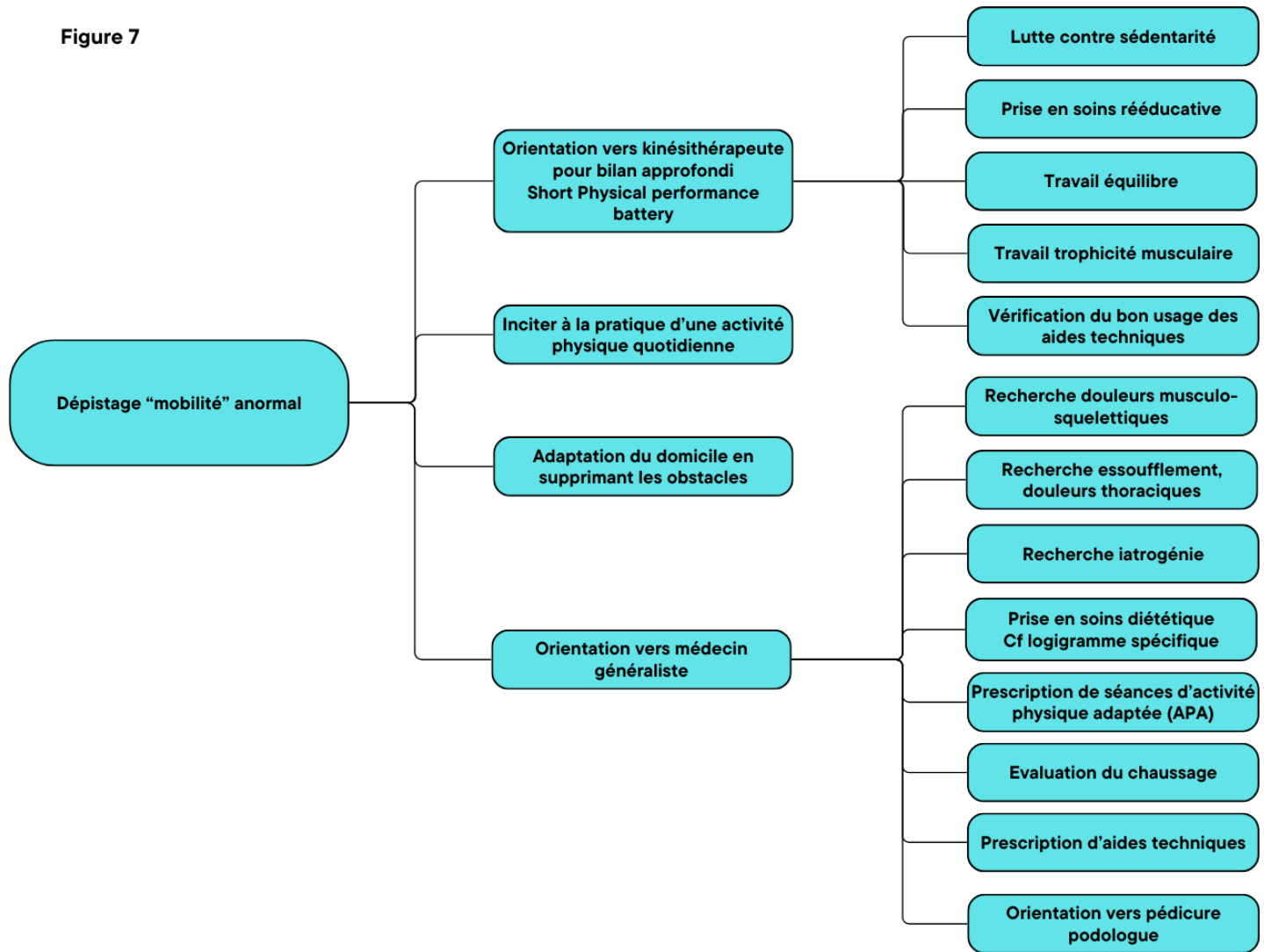
Comme dit précédemment, certains médicaments sont à même de causer par leur effets indésirables, des troubles de la coordination, un ralentissement psycho-moteur notamment et de générer des chutes.

Le risque est d'autant plus important que le nombre de médicament sur l'ordonnance est grand. Une réévaluation de l'ordonnance est toujours utile afin de minimiser ce risque.

Un apprentissage du relevé peut être utile à de nombreux patients.

L'intégration du patient dans un programme type VIVIFRAIL a montré de bons résultats sur l'amélioration de la mobilité dans la population âgée fragile et pré-fragile.(10)

Figure 7



Les sujets inclus dans le cadre du protocole de la CPTS bénéficieront de réévaluations une fois par an par le biais du test de dépistage ICOPE Step 1.
Ces résultats ponctuels permettront de connaître l'état de santé de l'individu et de savoir si cette intervention est intéressante sur le plan du risque de chute.

Bibliographie :

1. LE PROGRAMME ICOPE (soins intégrés pour les personnes âgées) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS): une opportunité pour la prévention de la dépendance – Année gériatologique [Internet]. [cité 9 janv 2023]. Disponible sur: <http://annee-geriologique.com/le-programme-icope-soins-integres-pour-les-personnes-agees-de-lorganisation-mondiale-de-la-sante-oms-une-opportunite-pour-la-prevention-de-la-dependance/>

2. Casas-Herrero Á, Sáez de Asteasu ML, Antón-Rodrigo I, Sánchez-Sánchez JL, Montero-Odasso M, Marín-Epelde I, et al. Effects of Vivifrail multicomponent intervention on functional capacity: a multicentre, randomized controlled trial. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. avr 2022;13(2):884-93.
3. Laëtitia LG. Le patient à risque de chutes. 2020;
4. Bernier PJ, Gourdeau C, Carmichael PH, Beauchemin JP, Voyer P, Hudon C, et al. It's all about cognitive trajectory: Accuracy of the cognitive charts-MoCA in normal aging, MCI, and dementia. *J Am Geriatr Soc*. janv 2023;71(1):214-20.
5. Kokmen E. The EURODEM collaborative re-analysis of case-control studies of Alzheimer's disease: implications for clinical research and practice. *Int J Epidemiol*. 1991;20 Suppl 2:S65-67.
6. reco368_fiche_outil_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdf [Internet]. [cité 16 août 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-11/reco368_fiche_outil_denutrition_pa_cd_20211110_v1.pdf
7. Lin FR, Ferrucci L. Hearing Loss and Falls Among Older Adults in the United States. *Arch Intern Med*. 27 févr 2012;172(4):369-71.
8. Kwisanga AP, Rompteau E, Bernard F, Benabdelmoumene N, Demoux AL. Le SPPB est-il un bon outil de prédiction des chutes et des chutes graves chez la personne âgée ? *Rev Rhum*. 1 déc 2022;89:A281.
9. Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 1 janv 2019;48(1):16-31.
10. Casas-Herrero Á, Sáez de Asteasu ML, Antón-Rodrigo I, Sánchez-Sánchez JL, Montero-Odasso M, Marín-Epelde I, et al. Effects of Vivifrail multicomponent intervention on functional capacity: a multicentre, randomized controlled trial. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. avr 2022;13(2):884-93.

Annexe 2 :Questionnaire de l'étude

Veuillez reporter sur une feuille annexe l'identité du patient ainsi que le chiffre affiché de manière aléatoire (cette information sera à transmettre à Me -----, référente du projet au sein de la CPTS - mail : (-----) :

- - - - -

Éléments concernant l'examineur

Quelle est la profession de l'examineur ?

- Médecin
- Pharmacien
- Infirmier (IDE, ASALEE, IPA)
- Kinésithérapeute
- Jour de la semaine

Éléments généraux concernant le sujet

Quel est l'âge du sujet ?

- 65 ans à 69 ans
- 70 ans à 74 ans
- 75 ans à 79 ans
- 80 ans ou plus

Quel est le sexe du sujet :

- masculin
- féminin

Le sujet a-t-il un médecin traitant ?

- oui
- non

Le sujet a-t-il déjà évoqué la problématique de la chute avec un professionnel de santé ?

- oui

Le sujet a-t-il abordé cette problématique au décours d'une chute ? (de lui- même ou de son entourage) Oui / Non

- non

Le sujet bénéficie t-il actuellement de soins en rapport avec une chute ?

- Oui

Le sujet bénéficie de soins en rapport avec la problématique de la chute. Lequel / lesquels ?

- non

Test de dépistage du risque de chute ICOPE Step 1 : COGNITION

Avez-vous des problèmes de mémoire ou d'orientation ?

- oui
- non

Avez-vous constaté une aggravation de ces troubles ces 6 derniers mois ?

- oui
- non

Apprentissage de 3 mots, une série parmi les 3 : - drapeau, fleur, porte / citron, clé, ballon / fauteuil, tulipe, canard

Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?

- Année
- mois
- jour du mois
- jour de la semaine

Test de dépistage du risque de chute ICOPE Step 1 : NUTRITION

Poids actuel en kg :

Avez-vous perdu involontairement au moins 3 kg au cours des 3 derniers mois ?

- oui
- non

Avez-vous perdu de l'appétit récemment ?

- oui
- non

Test de dépistage du risque de chute ICOPE Step 1 : COGNITION 2

Rappel des 3 mots appris précédemment : - drapeau, fleur, porte - citron, clé, ballon - fauteuil, tulipe, canard

- réussite sans faute
- échec

Test de dépistage du risque de chute ICOPE Step 1 : VISION

Avez-vous des problèmes de vue ? Difficulté pour voir de près ou de loin (avec vos lunettes si vous en portez ?

- oui
- non

Avez-vous des maladies de l'oeil ?

- oui
- non

Avez-vous un traitement pour une hypertension artérielle ou un diabète ?

- oui
- non

Avez-vous consulté un ophtalmologue au cours des 12 derniers mois ?

- oui
- non

Test de dépistage du risque de chute ICOPE Step 1 : AUDITION

Est-ce-que vous ou votre entourage avez l'impression que votre audition a baissé au cours des 6 derniers mois ?

- oui
- non

Test de chuchotement : oreille droite

- réussite
- échec

Test de chuchotement : oreille gauche

- réussite
- échec

Test de dépistage du risque de chute ICOPE Step 1 : MORAL

Au cours des 2 dernières semaines : Vous êtes vous senti déprimé ou sans espoir ?

- oui
- non

Au cours des 2 dernières semaines : Avez-vous trouvé peu d'intérêt ou perdu plaisir à faire les choses ?

- oui
- non

Test de dépistage du risque de chute ICOPE Step 1 : MOBILITE

Temps réalisé en secondes :

Réalisation des 5 levers :

- oui
- non

Le sujet a t-il fait le test en moins de 14 secondes ? (sujet âgé de moins de 80 ans)

- oui
- non

Le sujet a t-il fait le test en moins de 16 secondes ? (sujet âgé de plus de 80 ans)

- oui
- non

Enquête sur orientation du sujet au décours du test

Le sujet accepte t-il d'aller plus loin dans les explorations et de bénéficier d'une évaluation approfondie de ses capacités cognitives ?

- oui

Paul Caillier

- non

Le sujet refuse une évaluation approfondie de ses capacités cognitives. Pourquoi ?

Le sujet accepte t-il d'entrer en contact avec un professionnel afin de procéder à une évaluation approfondie de son état nutritionnel ?

- oui
- non

Le sujet refuse une évaluation approfondie de son état nutritionnel. Pourquoi ?

Le sujet accepte t-il de bénéficier d'une consultation avec un ophtalmologue ?

- oui
- non

Le sujet refuse une orientation vers un ophtalmologue. Pourquoi ?

Le sujet accepte t-il d'être orienté vers un ORL afin de quantifier sa perte auditive ?

- oui
- non

Le sujet refuse une orientation vers un ORL. Pourquoi ?

Le sujet accepte t-il de bénéficier d'un dépistage approfondi du syndrome dépressif ?

- oui
- non

Le sujet refuse une recherche approfondie du syndrome dépressif. Pourquoi ?

Le sujet accepte t-il de bénéficier d'une séance d'évaluation motrice pour préciser l'origine de ses difficultés mises en évidence par le test du lever ?

- oui
- non

Le sujet refuse une évaluation approfondie de ses capacités motrices. Pourquoi ?

RAPPEL :

Veillez reporter sur une feuille annexe l'identité du patient ainsi que le chiffre affiché de manière aléatoire (cette information sera à transmettre à Me -----, référente du projet au sein de la CPTS - mail : -----) :

- - - - -

AUTEUR : Nom : Caillier

Prénom : Paul

Date de soutenance : 17 octobre 2024

Titre de la thèse : Élaboration d'un protocole de soins permettant le repérage et la prise en soins du risque de chute chez le sujet de plus de 65 ans au sein de la CPTS Opale Sud

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : Personnes âgées, chute, prévention primaire, CPTS

Résumé :

Introduction : Dans un contexte de vieillissement de la population, s'occuper de la problématique de la chute du sujet âgé est un enjeu de santé publique.

L'objectif de cette étude consiste en l'élaboration d'un protocole de soins pluri-disciplinaire dont l'objectif est la gestion du risque de chute du sujet âgé de plus de 65 ans au sein de la CPTS Opale Sud, et de savoir si ce programme est susceptible d'améliorer le dépistage et la prise en soins du risque de chute de cette population.

Matériels et méthodes : Le protocole de soins de la CPTS Opale Sud utilise le test de dépistage du risque de perte d'autonomie du programme ICOPE, une phase d'exploration complémentaire est ensuite proposée aux patients le désirant. Le recueil des données de cette phase de dépistage s'effectue par l'utilisation par les professionnels de santé volontaires d'un questionnaire LimeSurvey anonymisé.

Résultats : 35 tests de dépistages ont été réalisés en 3 mois, et 20 questionnaires complets ont pu être analysés. Dans 60% des cas, le sujet n'avait jamais évoqué la chute avec un professionnel de santé. 100% des tests ont mis en évidence au moins 2 facteurs de risque majeur de chute justifiant une poursuite du protocole. Taux d'adhésion global aux propositions de poursuite des investigations : 54,3%. Taux de refus aux propositions de poursuite des investigations : 21,4%.

Conclusion : L'élaboration d'un protocole de soins visant à lutter contre la chute du sujet âgé au sein de la CPTS Opale Sud est une problématique actuelle et les bénéfices ne pourront être observés qu'à l'avenir.

Les débuts sont prometteurs, avec un taux de participations dépassant les objectifs initiaux. L'accueil des patients à son encontre est positif, et jugé utile.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Eric Boulanger

Assesseeurs : Monsieur le Docteur Geoffroy Leleu

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Denis Deleplanque