

ACTUALITÉ · CONGRÈS

SwissFamilyDocs Conférence et congrès du CMPR 2016



Ensemble! Zusammen!

Début septembre, a eu lieu pour la première fois un congrès commun entre la SwissFamilyDocs et le Collège de médecine de premier recours – par conséquent, «ensemble» était la devise de ce congrès. Nous y avons participé et résumons dans une deuxième partie ci-dessous deux séminaires pertinents pour le praticien.

Personnes âgées: malnutrition et évaluation du risque de chute

Malnutrition

La malnutrition chez le patient gériatrique est fréquente, comme la **Dr Natacha Deloséa**, Berne. La prévalence s'élève pour des patients vivant à domicile à 10–28%, pour les personnes hospitalisées à 40–50%, en réadaptation à 50% et en EMS à 14–60%. La perte de poids implique chez un patient âgé également la réduction de la masse musculaire. L'augmentation de cette dernière est plus difficile avec l'âge (durant le vieillissement de 25 à 70–80 ans, une personne perd 30–40% de sa masse musculaire originale). Selon les recommandations des sociétés de la médecine nutritionnelle et gériatrie (EUGMS – European Union Geriatric Medicine Society), une personne jeune a besoin quotidiennement de 0.8g de protéines par kg de poids corporel et des personnes de plus de 65 ans 1.2–1.5g/kg de poids corporel. Ainsi la malnutrition et surtout la carence en protéines entretiennent un cycle de perte de masse musculaire, de l'inactivité, de sarcopénie et de dépendance à l'égard de tiers – brièvement la « frailty » (Fried et al. Cycle of Frailty). La malnutrition avec carence en protéines respectivement énergétique induit en plus une réponse immunitaire réduite causant en conséquence une sensibilité accrue aux infections, des troubles de la cicatrisation et un risque augmenté d'escarres. Une étude (Boumendjel N et al. Lancet en 2000; 356:563L) démontrait que le taux de rehospitalisations est corrélé à l'état de remplissage du frigo selon la devise «In frigo veritas».

De bons moyens d'évaluation d'une malnutrition sont le NRS (Nutrition Risk Scale) et le MNA (le mini Nutritional Assessment).

Problèmes locomoteurs et risque de chute

La plupart des chutes (31%) se produit par suite d'accidents liés à l'environnement, 17% sont des conséquences des troubles locomoteurs et de l'équilibre, 13% du vertige, 9% de Drop attack et 3% des troubles orthostatiques (Rubenstein et al. Falls in older people, risk factors and strategies for prevention. Age Ageing 2006;35).

Pour des facteurs de risques de chute, il existe des facteurs intrinsèques, ex. l'âge, des antécédents de chutes, le sexe féminin, la poly-

pharmacie, la polymorbidité, l'incontinence, les troubles cognitifs, «Post fall syndrome», les douleurs, les problèmes articulaires, les troubles visuels et la malnutrition, et des facteurs extrinsèques, ex. des barrières architecturales (des tapis, seuils de porte, mauvais éclairage), des chaussures et/ou des moyens auxiliaires inadaptés ou dangereux. Des statistiques du bpa montrent qu'en Suisse 80 000 personnes de plus de 65 ans tombent chaque année. Et 90% des 1300 personnes décédées suite à une chute ont 65 ans ou plus. Les frais annuels des chutes se montent à 1.4 milliards de CHF. Chez les personnes âgées, en plus du risque accru de mortalité, les chutes sont fréquemment associées à des pertes de mobilité après des fractures.

La faiblesse musculaire augmente le risque de chute d'un facteur de 4.4 et les troubles locomoteurs et de l'équilibre d'un facteur de 3.

La capacité de marcher dépend de l'interaction de différents facteurs ou de différentes fonctions, ex. de l'oreille interne, de la proprioception, de la mobilité des articulations, du système nerveux, de la musculature, des yeux, de l'ouïe et de l'endurance cardiopulmonaire. Le risque de chute peut être évalué quantitativement par de différents examens («Timed up & Go», la vitesse de marche).

Pour évaluer des troubles de marche, il faut connaître les 8 phases d'un cycle de marche et effectuer une analyse structurée de marche.

Troubles du sommeil

Presque la moitié de la population présente des troubles du sommeil récurrents qui se manifestent chez 10% des personnes comme l'insomnie. Les femmes sont plus fréquemment concernées que les hommes et la prise de somnifères augmente avec l'âge. Pour le diagnostic et la thérapie de ces troubles, le travail interdisciplinaire entre le médecin de famille et le psychiatre est recommandé. De plus, l'examen de médecine somatique est complété par l'évaluation psychiatrique et psychosomatique.

Les troubles du sommeil, d'après la **Dr Miriam Straub**, psychiatre et psychothérapeute à Stadelhofen et à l'hôpital de Barmelweid, sont des problèmes très fréquents. Les troubles du sommeil chroniques (pendant plus de 6 mois) diminuent la qualité de vie et représentent un risque pour les maladies somatiques et psychiques et fréquemment aussi pour la relation. L'insomnie est associée à des symptômes nocturnes comme l'incapacité à s'endormir et à des problèmes dans le maintien du sommeil, à un réveil précoce, à une qualité de sommeil réduite et, probablement, aussi à des symptômes diurnes comme la fatigue diurne, des problèmes de concentration ainsi que de la mémoire et des troubles affectifs. Les dysfonctionnements du sommeil sont une maladie complexe et peuvent être causés par une variété de problèmes. Ce qui néces-



Dr N. Deloséa



Dr M. Straub

TAB. 1	Conseils d'hygiène du sommeil
• Des moments réguliers passés au lit, environ 7h par nuit	
• Pas de sommeil diurne et devant la télévision	
• Aucune consommation d'alcool avant de se coucher	
• Aucune consommation de café 4-8h avant de se coucher	
• Aucun repas ou boisson avant de se coucher ou pendant la nuit	
• Éventuellement pas de sport après 20h	
• Environnement de sommeil agréable	
• Temps tampon entre jour et nuit	
• Rituel du coucher	
• Le lit ne sert qu'à dormir!	
• Aucune lumière la nuit, la lumière du jour le matin	
• Aucune montre pendant la nuit	

site une anamnèse soigneuse. Outre les troubles du sommeil spécifiques dus au syndrome de mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil ou aux apnées du sommeil, des maladies psychiques (dépression, phobies, alcoolisme, démence, schizophrénie, stress), des causes somatiques (douleur, médicaments, maladie de Parkinson, asthme, BPCO etc.) ou des facteurs exogènes (travail en rotation, comportements incompatibles avec le sommeil) peuvent aussi mener vers l'insomnie. Fréquemment, le sujet des maladies psychiques est délicat et le diagnostic difficile à poser et à accepter. Des questionnaires (HADS, BDI, MBI) ou l'anamnèse avec la famille peuvent être très utiles.

Si les causes somatiques et psychiques peuvent être exclues, il s'agit d'une **insomnie non organique primaire**. Des causes peuvent être: événements traumatisants, soucis, problèmes, peur, deuil, résignation, dépression, agitation, tension, restriction des activités, longues durées d'immobilité, sommeil diurne, troubles du rythme circadien et conditionnement (habitudes acquises perturbant le rythme de sommeil). Il faut également souligner que la dépression peut causer des troubles du sommeil, mais inversement, le manque de sommeil peut aussi déclencher la dépression. Les troubles du sommeil mènent rapidement vers la peur et d'autres dysfonctionnements du sommeil ou la dépression.

Diverses **fausses perceptions très répandues** font penser de façon erronée aux troubles du sommeil. Ainsi, le sommeil sain ne dure pas au moins 8h car le besoin de sommeil varie d'une personne à l'autre. Certes, la majorité des personnes a besoin de 7-8 heures de sommeil, mais les petits dormeurs n'ont besoin que 4-5 heures de sommeil et au contraire les gros dormeurs ont besoin de plus d'heures de sommeil. La forme du jour ne dépend pas de la qualité du sommeil et une bonne productivité ne nécessite pas non plus 7 à 8 heures de sommeil. La conscience ne s'éteint jamais entièrement et donne la fausse impression de ne pas dormir. Le fait de se réveiller de façon répétée durant la nuit n'indique pas un mauvais sommeil et peu dormir ne rend ni malade ni fou. Par contre, le comportement humain est conditionné de façon rythmée c.-à-d. que le cerveau a besoin de temps pour apprendre ou s'adapter à de nouvelles situations.

Pour les **personnes âgées** se plaignant de troubles du sommeil, il est utile d'expliquer qu'avec l'âge, l'intervalle du sommeil profond se raccourci ou disparaît, le taux de sommeil REM diminue et la fréquence de réveil augmente, le rythme veille-sommeil devient plus instable et le sommeil de jour augmente. Il s'agit de processus biologiques et physiologiques. Des activités pendant la journée peuvent être bénéfiques à la qualité de sommeil.

TAB. 2	Options thérapeutiques médicamenteuses lors des troubles du sommeil
Benzodiazépines/Non benzodiazépines	
durée d'action	Dormicum®
– courte	
– intermédiaire	Xanax®, Seresta®, Temesta®, Lexotanil®
– longue	Rivotril®, Valium®, Dalmadorm®
À respecter:	Les benzodiazépines à effet de courte durée sont à éviter
	Pas d'arrêt brusque
	Limiter la durée d'application
	Prescrire des petits emballages
Zolpidem®, Imovane®, Sonata®	Stimule l'endormissement, moins d'effet anxiolytique, brève durée d'action
Antidépresseurs (off label sauf doxépine)	
	Remeron®, Trittico®, Surmontil®, Saroten®, Sinquan®
À respecter:	Faible dose, 30 min avant de coucher
	Absence de dépendance, sans relaxation musculaire, sans sevrage
	Plus d'effets secondaires Cave: interactions (intervalle QT), moins de sommeil de rêve, RLS
Valdoxan®	Resynchronisation des rythmes circadiens, facilite l'endormissement, effet cathartique, peu d'effets secondaires, effectuer des tests de la fonction hépatique!
Neuroleptiques	
	Prazine®, Nozinan®, Truxal®, Dipiperon®, Seroquel®, Olanzapin®
À respecter:	Absence de dépendance
	Effets secondaires: Dyskinésies tardives
	En cas de comorbidité psychiatrique : psychose, schizophrénie
Autres substances	
Antihistaminiques	Benocten®, Sanalepsi N®
	Cave: excédent, dépendance? effets secondaires, délire des personnes âgées
Mélatonine	Rythme circadien altéré, décalage horaire
Préparations végétales	le houblon, la valériane, fleur de passion, mélisse, Kawain

La thérapie de l'insomnie devrait se composer de mesures d'amélioration d'hygiène de sommeil et cela conformément à la cause, à la symptomatique, à l'âge et aux co-morbidités du patient.

Les mesures non-médicamenteuses pour améliorer la durée et la qualité du sommeil sont les règles d'hygiène du sommeil (tab. 1): « l'écoute », l'information et le conseil, la restriction du sommeil, la thérapie de lumière, les mesures de détente (PMR, le training autogène, biofeed-back, yoga, méditation), la psychothérapie et la «Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia».

Une thérapie pharmacologique de courte durée se distingue d'une thérapie de longue durée par le moindre risque de dépendance. L'usage de somnifères devrait se faire de manière limitée dans le temps et l'arrêt doit être décidé à l'avance.

Les options thérapeutiques pharmacologiques sont les benzodiazépines, les antidépresseurs et les neuroleptiques (tab. 2). Une thérapie médicamenteuse peut apporter un allègement et prévenir la chronicité, la dépression et l'épuisement. En conclusion, les médicaments « soutiennent mais ne guérissent pas ».

▼ Dr Heidrun Ding

Source : SwissFamilyDocs Conference/Congrès du CMPR, Montreux 8.-9.9.2016