

protecteurs de hanches chez les populations à risque et les systèmes d'alarme permettant une intervention et une prise en charge rapide ont démontré leur efficacité. (tableau 4)

## Conclusion

La chute chez le sujet âgé est grevée d'une morbidité et d'une mortalité importante.

Le dépistage au cabinet du médecin de premier recours, doit permettre la mise en œuvre de stratégies d'interventions multifactorielles et individualisées. Ces stratégies se développent dans l'optique de réduire, le risque de chute (prévention primaire), le risque de récurrence (prévention secondaire) et les conséquences délétères d'une éventuelle chute (prévention tertiaire).

Le médecin traitant doit, à chaque consultation, revoir sa prescription médicamenteuse dans l'idée qu'elle soit le plus efficace possible tout en pondérant le risque / bénéfice.

Ces interventions multifactorielles requièrent une évaluation pluridisciplinaire qu'il n'est pas toujours facile de coordonner en médecine ambulatoire.

Dans certains cantons, des consultations spécialisées ont été mises en place dans le but d'aider à la prise en charge du patient chuteur. Elles offrent une prise en charge multidisciplinaire, permettant de combiner les différentes interventions et actions entreprises.

Dans notre canton, le questionnement en milieu hospitalier par rapport à la prise en charge des patients à risque de chute est en cours. Comme d'autres CTR, le service de Gériatrie de l'Hôpital neuchâtelois (Val-de-Travers) développe actuellement différentes prestations médicales (physio et ergothérapie,...) afin de permettre ce début de prise en charge spécifique.

En fonction des besoins exprimés par les différents prestataires de soins, une réflexion doit être entreprise pour développer un programme ambulatoire concerté entre spécialistes et médecins traitants.

Dans cette attente, proposer et motiver nos patients âgés à participer à différents groupes comme les Ateliers Equilibres organisés par Pro-Senectute, les groupes de gymnas-

tique des aînés, la rythmique et les cours de Tai Chi organisés par des physiothérapeutes ou des professeurs de sport serait déjà un premier pas réalisé.

## Références :

1. *Guideline for Prevention of Falls in Older Persons*, American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopedic Surgeons Panel on Falls Prevention. *JAGS* 49 : 664-672, 2001
2. *Prevention of Falls in Older Patients*, Shobha S. Rao, American family physician. July 1, 2005
3. *Risk factors for falls among elderly persons living in community*. Tinetti ME. et al. *N. Engl. J. med.* 1988 ; 319 : 1701-1707
4. *Fall risk index for elderly patients based on number of chronic disabilities*. Tinetti ME. et al. *Am. J. Med.* 1986 ; 80 : 429-434
5. *Drugs and falls in older people : a systematic review and meta-analysis : II. Cardiac*

*and analgesic drugs*. Leipzig RM., Cumming RG., Tinetti ME. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1999 ; 47 : 40-50.

6. *Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials*. J. Chang et al. *BMJ* 328 ; 20 March 2004

7. *Randomised controlled trial of prevention of falls in people aged > 75 with severe visual impairment : the VIP trial*. A.J. Campbell et al. *BMJ* 23 Sept. 2005

8. *Effect of vitamin D on falls : a meta-analysis*. Bishoff-Ferrari HA. et al. *JAMA* 2004 Apr. 28 : 291(16) : 1999-2006

9. *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées*. Monod S., Seematter-Bagnoud L., Büla C., Pellegrini S., Jaccard Ruedin H. *Observatoire Suisse de la Santé* 2007 ; Report N° : 25.

10. *Evaluer les troubles de la marche des personnes âgées au cabinet*. S. Rochat, C. Büla. *Revue Medicale*

Suisse 2008 Nov. 5 : 178.

## La vaccination : « Ce n'est pas que pour les enfants »

Lang Pierre Olivier, MD, MPH, PhD  
Département de réhabilitation et  
gériatrie, Hôpitaux universitaires et  
faculté de médecine de Genève  
Hôpital des Trois-Chêne, Genève

*Translational Medicine, Cranfield University, United Kingdom*  
Au regard de la susceptibilité de la population âgée à développer des maladies infectieuses, dont le pronostic est de surcroît plus sévère qu'observé chez les sujets plus jeunes<sup>2</sup> et, de la pression démographique (prévisions d'une augmentation de 160% de la proportion de sujets âgés de 60 ans ou plus d'ici 2050 en Europe), le «burden» associés aux maladies infectieuses va peser considérablement sur le système de santé européen<sup>3</sup>. Ce «burden» est cependant disproportionné au regard de la disponibilité d'une prévention vaccinale efficace<sup>4,5</sup>.

A partir de l'analyse méticuleuse des barrières / échecs conduisant à la faible couverture vaccinale en Europe, un groupe d'expert de l'IAGG-ER et de l'EUGMS ont proposé des recommandations de vaccination chez les sujets âgés de 60 ans ou plus. Elles concernent à la fois la prévention des pathologies infectieuses mettant en jeu le pronostic vital (*Influenza*, *S. pneumoniae* et *C. Tetani* / Diphtérie) et de celles

pouvant altérer la qualité de vie (Zona, *B. Pertussis*). Ces recommandations (tableau 1) sont basées sur les recommandations officielles de chacun des vaccins considérés et la volonté d'assurer un programme de vaccination continu tout au long de la vie, y compris chez les sujets âgés et très âgés et / ou vivant en institution<sup>5,6</sup>.

## Références :

1. Bloom H. *Immunizations : Not just for kids*. In : International Longevity Center - USA. ed. New York: International Longevity Center - USA, 2007 : 1-8.
2. Stephania Maggi. *Vaccine and healthy ageing*. IAGG 2009 - SB8 205-1 : *Healthy ageing and preventable infectious disease*. *J Nutr Health Aging*, 2009 ; 13.
3. Sanson S., Mégard Y. *Overview of vaccination policies for the elderly in Western European countries*. *Ageing Clin Exp Res*, 2009 ; 21 : 210-5.
4. Michel JP. *The updated vaccine guidelines for ageing and aged citizens of Europe*. IAGG 2009 - SB8 205-2 : *Healthy ageing and preventable infectious disease*. *J Nutr Health Aging*, 2009 ; 13.
5. Baeyens JP., Lang PO., Michel JP. *Willingness to vaccinate and to be vaccinated in adults*. *Ageing Clin Exp Res*, 2009 ; 21 : 244-9.
6. Michel JP., Chidiac C., Grubex-Loebenstein B., Johnson JW., Lambert PH., Maggi S., Moulias R., Nicholson K., Werner H. *Coalition of advocates to vaccinate of Western European citizens aged 60 years and older*. *Ageing Clin Exp Res*, 2009 ; 21 : 254-7.

Tableau 1. Proposition de recommandations européennes pour la vaccination des sujets âgés (EUGMS, IAGG - ER)

Programme de vaccination	Vaccins recommandés	Attitudes cliniques
A partir de 60 ans (mais possible avant)	Tétanos-Diphtérie-Pertussis (Tdap)  Vaccin antigrippe Trivalent (TIV) Vaccin anti-pneumococcique (PV23)  Zona	<i>Evaluation du statut vaccinal:</i> – en l'absence de vaccination antérieure, initier une vaccination complète. – en cas de rappel $\geq 10$ ans, administrer une nouvelle dose de rappel. <i>Adapté à la souche épidémique annuelle.</i> <i>Evaluation du statut vaccinal:</i> – en cas de vaccination antérieure $\geq 5$ ans, administrer une dose de rappel. – en cas de vaccination antérieure $> 5$ ans, ne rien faire. Ce nouveau vaccin permet la prévention du Zona et des douleurs post-zostériennes qui altèrent significativement la qualité de la vie. Il a une autorisation européenne de mise sur le marché. De fortes recommandations doivent être données pour son administration dans une démarche de prévention du vieillissement en bonne santé.
<b>Revaccinations</b>	Vaccin antigrippe Trivalent (TIV) Vaccin anti-pneumococcique (PV23) Tétanos-Diphtérie-Pertussis (Tdap) Zona	<b>Toutes les années</b> <b>Tous les 5 ans</b> <b>Tous les 10 ans</b> <b>Non encore déterminée</b>
Indications spéciales		
<b>1. Nouveau traumatisme</b>	Antitoxine tétanique (TT), ou Tétanos Diphtérie (Td), ou Tdap	– En l'absence de vaccination antérieure, initier une vaccination complète. – En cas de rappel $\geq 10$ ans, administrer une nouvelle dose de rappel.
<b>2. Hospitalisations répétées</b>	Anti-pneumococcique (PV23)	<i>Evaluation de l'histoire vaccinale: en cas de vaccination antérieure <math>\geq 5</math> ans, administrer une dose de rappel.</i>
<b>3. Entrée en institution</b>	Tétanos-Diphtérie-Pertussis (Tdap)  Vaccin antigrippe (TIV)  Vaccin anti-pneumococcique (PV23)  Zona	– En l'absence de vaccination antérieure, initier une vaccination complète. – En cas de rappel $\geq 10$ ans, administrer une nouvelle dose de rappel. <i>A considérer annuellement sans aucune limite d'âge.</i> <i>L'immunité de groupe est une notion importante à prendre en considération aussi bien chez les sujets âgés vivant en institution que chez les professionnels de santé.</i> <i>En cas de vaccination préalable, la dose de rappel n'est recommandée qu'en cas de vaccination antérieure <math>&gt; 5</math> ans.</i> <i>En l'absence d'administration préalable, administrer une dose.</i> <i>En cas de vaccination préalable, la nécessité d'une nouvelle vaccination n'est pas connue.</i>

*Contre-indications et précautions d'emploi de tous les vaccins: Pas de spécification d'âge; se référer aux recommandations officielles de chaque vaccin.*  
*Tous les vaccins mentionnés peuvent être administrés en cas: de réaction locale légère ou modérée à une vaccination antérieure, d'une maladie aiguë modérée, au décours d'une antibiothérapie, au décours à un traitement anticoagulant, en cas d'exposition récente à une maladie infectieuse, d'une pathologie neurologique stable (...).*  
*Administration: respecter la température de conservation, le contrôle du risque infectieux, la technique d'injection, la voie et le site d'administration (les personnes sous traitement anticoagulant peuvent être vaccinées par voie sous-cutanée à la place de la voie intramusculaire.)*  
*Les carnets de vaccination sont très fortement recommandés.*

Thème du prochain numéro :

# LA MÉDECINE PÉNITENTIAIRE

Délai pour la remise des textes :

15 FÉVRIER 2010