



HAL
open science

**Prise en charge de la chute à domicile de la personne
âgée par le médecin généraliste. Étude qualitative
auprès de 20 praticiens**

Romuald Langlois

► **To cite this version:**

Romuald Langlois. Prise en charge de la chute à domicile de la personne âgée par le médecin généraliste. Étude qualitative auprès de 20 praticiens. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00745803

HAL Id: dumas-00745803

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00745803>

Submitted on 26 Oct 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2012

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement le 25/09/2012 par

LANGLOIS Romuald

né le 06 mars 1984 à Mont Saint Aignan

PRISE EN CHARGE DE LA CHUTE A DOMICILE DE LA PERSONNE ÂGÉE

PAR LE MEDECIN GENERALISTE :

Etude qualitative auprès de 20 praticiens

Président de Jury : Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL
Directrice de thèse : Madame le Docteur Cathy THERY-LANGLOIS
Membres du jury : Monsieur le Professeur Philippe CHASSAGNE
Monsieur le Professeur Luc-Marie JOLY
Monsieur le Docteur Mathieu EMPIS

ANNEE UNIVERSITAIRE 2011 - 2012
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN :	Professeur Pierre FREGER
ASSESEURS :	Professeur Michel GUERBET Professeur Benoit VEBER Professeur Pascal JOLY Professeur Bernard PROUST
DOYENS HONORAIRES :	Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. FIGUET – C. THUILLEZ
PROFESSEURS HONORAIRES :	MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO- J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION - DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - Mle MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Eric BERCOFF	HB	Médecine interne (gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Alain CRIBIER (Surnombre)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie

M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Philippe DENIS (Surnombre)	HCN	Physiologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Alain LAVOINNE	UFR	Biochimie et biologie moléculaire
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Xavier LE LOET	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile

M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (Surnombre)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépto - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (Mise en dispo)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto - Gastro
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (Surnombre)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique

M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Eric VERIN	HCN	Physiologie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ

UFR

Anglais

Mme Michèle GUIGOT

UFR

Sciences humaines - Techniques d'expression

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (PU-PH)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Marc VASSE (PU-PH)	Hématologie
M Jean-Marie VAUGEOIS (Délégation CNRS)	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique

M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mlle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

M. Jean-Pierre GOULLE	Toxicologie
-----------------------	-------------

MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
----------------------	----------------------

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Anne-Marie ANZELLOTTI	Anglais
---------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Bérénice COQUEREL	Chimie Analytique
M. Johann PELTIER	Microbiologie

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
---------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINCILBER	UFR	Médecine générale
----------------------	-----	-------------------

M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
------------------	-----	-------------------

M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale
--------------------------	-----	-------------------

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
---------------------	-----	-------------------

Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
------------------------	-----	-------------------

Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale
--------------------------	-----	-------------------

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean COSTENTIN	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
M. Jean-Louis PONS	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Marc VASSE	Hématologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH

Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE

Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 614)

M. Antoine OUVRARD-PASCAUD

Physiologie (Unité Inserm 644)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Mario TOSI

Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 614)

M. Serguei FETISSOV

Physiologie (Groupe ADEN)

Mme Su RUAN

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil pour me faire l'honneur de présider mon jury de thèse et pour tous ses enseignements, son écoute.

A Cathy Théry, directrice de thèse pour son aide, ses conseils, sa patience.

Aux membres du jury, M. Le professeur Philippe Chassagne, Monsieur le professeur Luc-Marie Joly, Mathieu Empis pour avoir accepté de juger ma thèse

A Mathieu Empis pour m'avoir fait découvrir la partie gériatrique de la médecine générale et de m'avoir fait l'honneur de faire partie de mon jury.

A tous mes praticiens ambulatoires pour tous leurs enseignements : Jean Michel, Karine, Danièle ainsi qu'aux enseignants du DUMG

A toute l'équipe avec qui j'ai travaillé en gériatrie à Louviers, aux urgences d'Elbeuf et de Dieppe, en pédiatrie et en gynécologie au CHU de Rouen.

Un merci au-delà des mots pour ma famille : Yveline, Suzanne, ma filleule Léna, Sophie, César, Lucas, Tonny, Mélusine, Léone, Denis, Christine, Rony, Delphine, Laurent, Alain, Jennifer, Alexandre, Anthony.

Merci à mes amis pour leur soutien indéfectible : Tristan, Aurore, Jennifer, Guillaume, Jonathan, Adelya, Vincent, Elise, Xavier, Claire, Nicolas, Laetitia, Pierre, Julie, Lucie, Mickael, Sébastien, Charline, Corrine, Evine, Caroline, Francis, Elsa, Marie Camille, JB, Renaud, Aurore et tous les autres

Merci à mes co internes notamment Isabelle, Estelle, Elise, Adina, Vicky, Pierre, Maud, Camille, Marc, Aude, Vanessa, Vincent, Jérémy, Mathias et tous les autres.

Enfin Merci à toi Laurent, peu importe comment l'histoire s'est terminée, je sais que tu as réécrit la mienne en étant mon ami.

SOMMAIRE

Abréviations	16
I) INTRODUCTION	17
II) GENERALITES	19
1) Epidémiologie	19
2) Fragilité	20
3) Conséquences des chutes	20
4) Physiopathologie de la chute	22
5) Facteurs de risque de chute	22
6) Prévention des chutes	24
III) METHODES	27
1) Objectifs de l'étude	27
a) Objectif principal	27
b) Objectifs secondaires	27
2) Etude qualitative	27
3) Déroulement de l'étude	28
a) Lieu d'étude	28
b) Critères d'inclusion et échantillonnage	28
c) Les paramètres recueillis :	29
4) Analyse	31
IV) RESULTATS	33
1) Analyse de l'échantillon	33
a) Généralités	33
b) Données épidémiologiques	34
c) Etat des connaissances	36
2) Pratique des médecins généraliste au domicile du patient	37
a) Généralités	37
b) Recherche des facteurs intrinsèques	38
c) Recherche des facteurs extrinsèques	39
d) Examen clinique effectué au domicile du patient	39
e) Mesures de prévention des récives proposées	40
3) Faisabilité des recommandations HAS concernant la chute sans critère de gravité au domicile : avis des médecins généralistes	42
a) Généralités	42
b) Les freins rencontrés à la faisabilité des recommandations	42

- c) Relation entre médecins traitants et professionnels médicaux et para médicaux.

44

V) DISCUSSION	45
1) Description de la population interrogée et démographie médicale	45
2) Analyse des actions proposées et données de la littérature	49
a) Recours à l'hospitalisation ou avis spécialisé	49
b) Recherche des facteurs de risque de chute	51
3) Opinions sur les recommandations	54
a) Adhésion des médecins traitants	54
b) Critiques des recommandations et données de la littérature	57
4) Limites de l'étude	60
5) Perspectives	60
V) Conclusion	62
<i>Annexe 1 : Recommandations HAS sur la prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées</i>	64
<i>Annexe 2 : Guide d'entretien semi dirigé</i>	68
<i>Annexe 3 : Timed up and go test</i>	71
<i>Annexe 4 : Appui unipodal</i>	72
<i>Annexe 5 : Echelle ADL¹</i>	73
<i>Annexe 6 : Mini Mental State Examination (MMSE)</i>	74
<i>Annexe 7 :</i>	76
<i>Annexe 8 : Grille AGREE</i>	78
<i>Annexe 9 : Questionnaire composé de 16 questions standardisées en cas de chutes répétées</i>	86
<i>Annexe 10 : Verbatim</i>	87
<i>Bibliographie</i>	128

Abréviations

EHPAD : Etablissement d’Hébergement pour Personne Agée Dépendante

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DU : Diplôme Universitaire

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

IMC : Indice de Masse Corporelle

HAS : Haute Autorité de Santé

FMC : Formation Médicale Continue

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

IDE : Infirmier(ère) Diplômé(e) d’Etat

EEG : Electro EncéphaloGramme

ECG : Electro CardioGramme

TSA : Troncs Supra Aortiques

TUG : Timed up and go test

MMSE : Mini Mental State Examination

EGS : Evaluation Gérontologique Standardisée

I) INTRODUCTION

Avec le vieillissement croissant de la population, la proportion de patients âgés suivis par les médecins a considérablement augmenté ces dernières années. Le médecin traitant est donc de plus en plus souvent sollicité pour des problématiques concernant des personnes âgées et donc des chutes. La chute du sujet âgé est un réel problème de Santé Publique dans la population gériatrique de part sa fréquence et sa morbi-mortalité. Ce syndrome gériatrique est défini par l'action de se retrouver involontairement au sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à la position de départ. Il concerne 30% des sujets de plus de 65 ans et la moitié des plus de 85 ans. Il représente plus de 80 % des accidents de la vie courante chez la personne âgée. La majorité survient à domicile (60% des chutes). Un tiers (34%) sont des chutes sans gravité ne mettant pas en jeu le pronostic vital ou fonctionnel, n'entraînant aucun traitement et permettant le retour au domicile [1]. Mais 2/3 peuvent avoir des conséquences graves.

Il existe une certaine banalisation de cette problématique. Une étude [2] montrait que l'identification des troubles de la marche était sous estimée chez la moitié des médecins généralistes.

La formation des professionnels de santé concernant les signes prédictifs ou les facteurs de risque de chute est nécessaire d'où l'existence des recommandations HAS. Leur utilisation reste limitée et difficile en pratique. L'amélioration de la prise en charge des chutes impose un meilleur dépistage ou repérage. Il est souhaitable d'homogénéiser la prise en charge du patient chuteur en médecine générale. Pour cela il est nécessaire d'établir des recommandations pratiques et applicables.

L'objectif principal de notre étude est donc de recueillir les différents freins à la faisabilité des recommandations HAS (Annexe 1) concernant les chutes à domicile des personnes âgées en soin primaire selon les médecins généralistes. Pour cela, il semble nécessaire de recenser, au préalable les actes proposés par les médecins généralistes au domicile, en termes de recherche de facteurs de risque de chute, d'examen physique et de mesures préventives. Ainsi nous tenterons de proposer des alternatives pratiques pour la prise en charge de la chute à domicile du patient âgé en soin primaire.

II) GENERALITES

1) Epidémiologie

Chaque année en France, on dénombre plus de 2 millions de chutes chez la personne âgée, responsables d'une morbi-mortalité importante. Il s'agit de la première cause de décès accidentel dans cette population. En effet, 9 300 décès par an des plus de 65 ans sont liés à une chute [3]. Plus de 500 000 chutes entraînent un recours médical, et 125 000 nécessitent une hospitalisation. Le coût financier pour la santé est important : 20 milliards d'euros aux USA soit 2,5 milliards d'euros en extrapolant pour la France et 1,4 milliards d'euros en Grande Bretagne [4]. Trente pour cent des personnes de 65 ans et plus et 50 % des plus de 80 ans chutent. La proportion de chutes augmente donc avec l'âge. On estime que la moitié des chuteurs font des chutes répétées. Le risque de décès dans l'année est quadruplé par rapport à un sujet de la même tranche d'âge.

L'espérance de vie en France est de 84,8 années pour les femmes et 78,1 années pour les hommes [5]. L'OMS définit la personne âgée comme une personne dont l'âge est supérieur à 60 ans [6]. En pratique, l'âge pertinent retenu est de 75 ans. L'augmentation de l'espérance de vie et l'accroissement de la population âgée entraînent une augmentation des pathologies liées au vieillissement. La loi du 9 août 2004 impose des objectifs nationaux dont la diminution de 25% du nombre de chuteurs. Le plan national « Bien vieillir » de 2007-2009 a pour objectif de dépister et de prévenir au moment du départ en retraite les facteurs de risques liés au vieillissement [7]. Le médecin traitant est en première ligne de ces objectifs nationaux.

2) Fragilité

La chute est un critère de fragilité, concept gériatrique récent [8]. Il existe de nombreuses définitions de la fragilité. On peut retenir celle d'un état médico psycho social instable et d'un processus physiologique et psychologique continu et hétérogène [8]. Elle résulte d'une réduction des réserves adaptatives des systèmes biologiques et physiologiques sous l'action conjuguée de l'âge, des maladies et du contexte de vie. Un sujet âgé dit fragile a un risque élevé de dépendance, d'hospitalisations, d'entrée en institution et de mortalité. En fonction des auteurs [9-11], les critères de fragilité diffèrent. On peut citer : l'âge supérieur à 85 ans, la présence d'au moins un syndrome gériatrique comme les troubles de la marche ou chutes, l'incontinence, le syndrome démentiel, la dénutrition, la présence de plus de 3 co-morbidités et un score supérieur ou égal à 1 sur l'échelle ADL (annexe 5) [12]. La fragilité ne se résume donc ni à une pathologie, ni à une perte d'autonomie, ni au vieillissement.

3) Conséquences des chutes

Les conséquences des chutes sont multiples : physiques (traumatiques, non traumatiques), psychologiques, sociales et économiques.

- Parmi les conséquences traumatiques, 10% des chutes sont responsables de fractures en particulier du col fémoral, de l'extrémité distale du radius, vertébrales [8] avec un risque de morbi-mortalité importante et un impact majeur sur l'autonomie fonctionnelle. Concernant les fractures du col fémoral, on dénombre

77 300 cas en France chez les plus de 75 ans en 2007 et 10 à 35 % des patients décèdent dans l'année [8][13].

- On peut également citer les entorses et les hématomes intra cérébraux.
- Lors d'une chute, il existe un risque de rhabdomyolyse pouvant être associée à une insuffisance rénale, à une hyperkaliémie ou à des pneumopathies d'inhalation.
- Dans un tiers des cas est observé un syndrome post-chute. Ce dernier est défini par une désadaptation psychomotrice associée à une réduction spontanée de l'activité, à une diminution des capacités fonctionnelles, à des troubles posturaux (dont la rétropulsion) et à des troubles de la marche. Ce syndrome augmente le risque de récurrence de chute [14] et doit être pris en charge précocement afin d'éviter une perte parfois définitive de la marche ou encore de l'orthostatisme. Il nécessite une prise en charge kinésithérapeutique au domicile ou un séjour en Soins de Suite et Réadaptation (SSR).

En dehors des risques immédiats détaillés précédemment, toute chute peut avoir pour conséquence une perte de l'autonomie fonctionnelle, pouvant nécessiter l'entrée en institution (40%) [15], et elle peut être responsable de décompensations de co-morbidités préexistantes.

Nous n'étudierons pas volontairement la population institutionnalisée. L'objectif de l'étude cible la chute à domicile.

4) Physiopathologie de la chute

La chute est un phénomène complexe et multifactoriel. Pour comprendre le mécanisme des chutes, il est nécessaire de comprendre les conditions préalables à une démarche normale. Les substrats essentiels sont : le réseau neuronal, les structures musculo-squelettiques avec un tonus musculaire régulé et le traitement approprié des informations sensorielles (via cortex cérébral, vision, audition, équilibre, sensibilité discriminative et proprioceptive). Une coordination efficace de ces derniers, une cognition préservée et une concentration adéquate sont nécessaires pour prévenir la chute et maintenir la marche [16]. Ces fonctions connaissent un certain déclin au cours du vieillissement augmentant le risque de chute. A cela s'ajoutent les facteurs extrinsèques.

5) Facteurs de risque de chute

La prise en charge des chutes est complexe du fait de leur caractère multifactoriel intégrant des facteurs intrinsèques, liés à l'état de santé du patient et à la iatrogénie, et les facteurs extrinsèques liés à l'environnement.

- Les Facteurs intrinsèques recensés sont multiples :
 - L'âge, le sexe féminin, la réduction des activités de la vie quotidienne et de la mobilité, les antécédents de chutes en sont les principaux.

- Les pathologies spécifiques responsables des chutes regroupent : la maladie de Parkinson, le syndrome démentiel, le syndrome dépressif, l'incontinence et la dénutrition [17].
- Les troubles locomoteurs, neuro-musculaires ou neuro-sensoriels sont impliqués dans les mécanismes des chutes comme décrits précédemment.
- La iatrogénie a un rôle majeur. La personne âgée est exposée à la polyopathie et de ce fait à la polymédication (> 4 médicaments [18]), source de iatrogénie. La consommation de médicaments en France est importante. Les sujets âgés de 65 ans et plus consomment en moyenne 3,9 médicaments différents en une journée. Ce chiffre s'élève à 6,6 pour les sujets âgés de 80 ans et plus. La consommation pharmaceutique est dominée par les médicaments à visée cardiovasculaire. La 2^{ème} classe la plus prescrite est représentée par les médicaments du système nerveux central (incluant les antalgiques). Les psychotropes avec 16 % arrivent en 5^{ème} position. Un des risques en est l'hypotension orthostatique et a fortiori la chute [19]. L'intervention du médecin traitant est considérable dans cette prise en charge de la iatrogénie (recommandations HAS).
- Les facteurs extrinsèques comprennent le comportement et l'environnement du patient. La consommation d'alcool, la sédentarité, ou encore la malnutrition sont pourvoyeuses de chute. Les facteurs environnementaux sont importants : aide matérielle à la marche (la canne, le déambulateur, ...), prise de risque, habitat (tapis, mauvais éclairage, carrelage glissant, ...) [3] ou chaussage inadapté.

Devant ces facteurs de risque de chute, la prise en charge doit être globale et multidisciplinaire.

Dans l'étude descriptive prospective de *Salgado et al* [20] évaluant les facteurs prédictifs de chute chez les sujets âgés de plus de 75 ans (moyenne de 80,1 ans \pm 7 ans), le taux de chutes était de 35 % chez les personnes ayant un seul facteur de risque de chute intrinsèque. Il était de 88 % chez les patients ayant deux ou plus facteurs de risque. Elle démontrait un lien significatif entre la survenue de chute et la présence de facteurs prédictifs de chute tels que le déclin cognitif, antécédents d'AVC, confusion,... Il est donc indispensable de les dépister.

6) Prévention des chutes

Compte tenu de la récurrence fréquente, de l'existence de facteurs de risques modifiables et des conséquences en termes de morbi mortalité, un dépistage et un repérage des personnes dites « à risque » de chute est souhaitable. Les chutes répétées sont définies par la survenue de 2 chutes ou plus en 12 mois. Il faut rechercher les facteurs prédisposant et précipitant la chute, difficiles à évaluer avant la survenue de l'évènement. On sait que 10 à 25% des chutes des plus de 65 ans récidivent [14]. La prévention de cette récurrence se base sur une évaluation multifactorielle reposant sur des tests validés et standardisés. Devant la fréquence de chutes à domicile, le médecin traitant est la cible de ce dépistage et souvent le premier intervenant médical. Il existe des recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant la prise en charge des chutes à domicile (Annexe 1) chez les personnes âgées. La pratique quotidienne et les difficultés rencontrées dans cette prise en charge au domicile

sont peu étudiées. Toute consultation chez une personne âgée devrait comporter cette question : « Avez-vous chuté durant l'année passée ? »[3]. Nous savons que les chutes sont sous estimées et difficilement évaluables. A partir de ce constat, il nous paraît intéressant d'évaluer la prévention des chutes des personnes âgées à domicile par le médecin traitant. De plus comme nous l'avons dit précédemment, 60% des chutes surviennent au domicile.

Le médecin généraliste agit aux différents stades de la prévention qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire. Selon l'OMS, la prévention primaire est l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas. Cette prévention est difficile à appliquer dans ce contexte de chute devant le caractère multifactoriel et la difficulté d'évaluation avant un premier évènement. Des études ont montré des résultats satisfaisants concernant des protocoles de prévention. Une méta-analyse [21] propose diverses mesures préventives : exercices physiques, aménagement de la maison, modification du type de chaussage, interventions dans des institutions, soutiens diététiques, protecteur de hanche... Elle démontrait une efficacité en ce qui concerne les exercices, les visites au domicile et la surveillance pour évaluer et modifier les facteurs de risque individuels et environnementaux. L'efficacité d'un protecteur de hanche ou de hautes doses de vitamine D dans la prévention des fractures est controversée [22, 23]. Nous n'insisterons pas sur la prévention primaire qui ne fera pas l'objet de notre travail.

La prévention secondaire est l'ensemble d'actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution et dans le cas des chutes la récurrence. Le médecin traitant a un rôle majeur dans cette prévention, rôle que nous tenterons d'évaluer.

La prévention tertiaire est définie par l'ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans la population, donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie.

Le médecin généraliste a un rôle propre, se rendant au domicile du patient permettant des relations individuelles. Il peut ainsi agir sur un certain nombre de facteurs extrinsèques exposés précédemment. Il peut objectiver l'habitat du patient lors de ses visites, il a connaissance du dossier médical c'est-à-dire des traitements, des antécédents ou des co-morbidités. Il peut donc déterminer les médicaments et identifier les traitements dits « underuse » (sous utilisation du médicament), « d'overuse » (abus du médicament) et de « misuse » (médicament inapproprié). Il évalue le rapport bénéfice/risque et ainsi peut réviser l'ordonnance. Il a donc un rôle primordial. Il est reconnu que le nombre d'actes médicaux effectués par les médecins généralistes est en constante augmentation rendant cette prise en charge complexe compte tenu du temps limité.

III) METHODES

1) Objectifs de l'étude

a) Objectif principal

- Recueillir les freins possibles à la faisabilité des recommandations HAS sur les chutes à domicile des personnes âgées en soin primaire.

b) Objectifs secondaires

- Recenser les actes diagnostiques et/ou préventifs de récurrences de chute par le médecin traitant lors d'une chute sans gravité à domicile d'une personne âgée de plus de 65 ans.
- Etablir l'existence ou non de facteurs favorisant l'application des recommandations.
- Proposer des alternatives pratiques au dépistage des risques de chute en soin primaire.

2) Etude qualitative

Une étude qualitative est caractérisée par une recherche qui découle des données issues d'observations, d'entretiens ou d'interactions verbales et qui se concentre sur les significations et les interprétations des participants [24]. Cette méthode a pour objectif d'étudier les actions des médecins généralistes face à une chute du sujet âgé, leur ressenti,

leur opinion et leur interprétation des recommandations HAS. L'expérience clinique est basée sur l'observation personnelle, la réflexion et le jugement [25, 26][27]. L'expérience personnelle est souvent caractérisée comme anecdotique, non généralisable et ne pouvant servir de base à une décision scientifique. Elle a l'avantage d'être persuasive [25][28][29, 30]. La recherche qualitative explore un phénomène et essaie de lui donner un sens. Son mécanisme est inductif. Elle génère des hypothèses mais ne les teste pas.

3) Déroulement de l'étude

Notre étude est une étude transversale observationnelle qualitative réalisée de décembre 2011 à mars 2012, basée sur des entretiens semi dirigés auprès de 20 médecins généralistes. Tous les entretiens ont été réalisés par un enquêteur unique. Avant de débiter l'étude, un guide d'entretien a été réalisé et 2 médecins généralistes ont accepté de le tester permettant d'aboutir à une version définitive (Annexe 2).

a) Lieu d'étude

Notre étude est réalisée dans les départements de Seine Maritime (76) et de l'Eure (27) dans la région de Haute Normandie.

b) Critères d'inclusion et échantillonnage

L'inclusion des médecins généralistes s'est effectuée en fonction de leur accord et de leur disponibilité du fait du caractère qualitatif de l'étude. Nous avons sélectionné 40 médecins selon leur état civil et leur mode d'exercice afin de réaliser un échantillon

hétérogène non représentatif de la population dit échantillonnage orienté. Ce dernier comprend, en proportion équivalente, des médecins généralistes d'âges, de sexe et de localisation géographique (urbaine/rurale) différents. Nous avons adapté notre sélection en fonction de l'accord des médecins. Lorsqu'un médecin refusait de participer, un autre médecin du même sexe, de la même situation géographique et de la même tranche d'âge était inclus. Nous prenons en compte volontairement l'absence de randomisation. Le médecin généraliste est contacté par mail ou par téléphone afin de programmer un rendez-vous à son cabinet par entretien direct ou entretien téléphonique. Tous les entretiens ont été réalisés par le même interviewer. Ils ont tous été programmés à l'avance au cabinet et réalisés dans des conditions optimales (temps, calme).

Lors du deuxième contact, un entretien semi dirigé composé de questions semi ouvertes (Annexe 2) centrées sur les données épidémiologiques, l'état des connaissances et les actes réalisés au domicile lors d'une chute est effectué. L'entretien a été initialement réalisé par une prise de notes (2 premiers entretiens) puis, pour une retranscription totale, enregistrée après consentement oral du médecin. Une copie des recommandations HAS concernant la chute des personnes âgées de plus de 65 ans est ensuite envoyée au médecin généraliste qui le souhaite. Ce dernier est recontacté 3 semaines plus tard, après avoir convenu d'un rendez-vous. L'entretien est ouvert et axé sur une seule question : la faisabilité des recommandations.

c) Les paramètres recueillis :

- Les données épidémiologiques étaient l'âge du médecin traitant, le sexe, le nombre d'années d'installation, les caractéristiques de la patientèle à savoir population rurale

et/ou urbaine définie par le lieu d'exercice, la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans (%) et le nombre moyen de visites à domicile par jour. Une formation complémentaire en gériatrie (capacité, DU) et/ou un exercice en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) étaient spécifiés.

- L'état des connaissances du médecin traitant interrogé (questions brèves) concernait le pourcentage de chuteur chez les plus de 65 ans et les plus de 85 ans, les mécanismes de chute et l'existence de recommandation HAS sur la prise en charge des chutes de la personne âgée de plus de 75 ans (Annexe 1).
- Les données concernant la pratique du médecin généraliste sur la prise en charge à domicile du patient chuteur étaient sous formes de questions semi ouvertes. Quatre items étaient étudiés : les facteurs intrinsèques, extrinsèques, l'examen clinique et les mesures préventives de récurrence proposées. Nous avons demandé aux médecins traitants de décrire leur pratique au domicile d'un patient hypothétique lorsque ce dernier a chuté sans critère de gravité. Nous avons recensé l'éventuel recours aux urgences ou à un avis spécialisé.
- La recherche de facteurs intrinsèques, définis par un ensemble d'éléments inhérents à la personne et pouvant provoquer un événement médical délétère, regroupait les items suivants : antécédents de chute, de gona/coxarthrose, la présence d'un syndrome démentiel ou de troubles cognitifs, un déficit sensoriel, un déficit sensitivo-moteur, l'état nutritionnel du patient selon l'Indice de Masse Corporelle (IMC) et la iatrogénie en particulier les traitements psychotropes.

- L'existence de facteurs extrinsèques, définis par un ensemble d'éléments extérieurs à la personne pouvant provoquer un évènement médical délétère, comme les causes environnementales ou un chaussage inadapté, était recherché.
- Un examen clinique était évoqué : en particulier la recherche d'un syndrome post chute défini précédemment et/ou d'une hypotension orthostatique caractérisée par la diminution de la pression artérielle de plus de 20 mmHg en systolique et 10 mmHg en diastolique lors du passage du décubitus à la station debout et/ou la réalisation d'un test comme le timed and go test (Annexe 3) ou l'appui unipodal (Annexe 4). Tout autre signe physique ou fonctionnel recherché était noté.
- Des mesures préventives pouvaient être proposées : aménagement de l'environnement (retirer les tapis, posséder des chaussures fermées, éclairage adapté), gestion des médicaments, kinésithérapie, aides techniques et évaluation visuelle (liste non exhaustive).
- Pour finir, nous avons sollicité l'avis du médecin généraliste sur la faisabilité des recommandations HAS concernant la chute du patient âgé en pratique courante de médecine de ville. Les arguments recueillis étaient codés puis regroupés par thématiques selon la méthodologie d'une analyse qualitative.

4) Analyse

La première étape de l'analyse a été la lecture de l'ensemble des notes retranscrites afin de permettre une vision globale.

Nous avons étudié les résultats sous forme de tableau Excel décrivant la population des médecins traitants. Les résultats des données quantitatives sont présentés sous forme de moyenne, de médiane et d'extrêmes.

L'avis des médecins généralistes obtenu suite aux questions ouvertes a été analysé selon le modèle classique des études qualitatives. Le verbatim est défini par l'ensemble des mots et des phrases employés par l'échantillon d'une étude qualitative lors des entretiens. Il est décontextualisé puis codé sous forme d'idée. Chaque contenu de code est défini précisément. Un tableau à 3 colonnes est réalisé. Il comprend le code, la définition du code et le verbatim correspondant. Les codes sont ensuite amalgamés et recontextualisés puis organisés et résumés en thèmes. Ces derniers permettront d'analyser et d'évoquer des hypothèses quant à la pratique des médecins traitants face à une chute au domicile et à la faisabilité des recommandations.

IV) RESULTATS

1) Analyse de l'échantillon

a) Généralités

Quarante quatre médecins généralistes installés ont été inclus. Vingt ont répondu positivement à la première partie de l'entretien semi dirigé. Les motifs de refus évoqués étaient : un manque de temps ou un manque d'intérêt sur la thématique proposée. Dix huit d'entre eux ont accepté de répondre à la seconde partie de notre entretien, 3 semaines après réception des recommandations HAS (Fig.1).

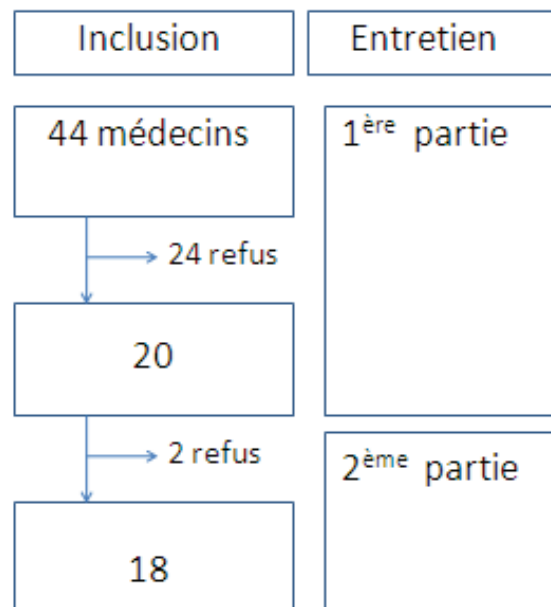


Fig. 1 : étapes de l'étude et inclusion

Dix huit médecins ont été interrogés par téléphone et 2 par entretien direct au cabinet. La première partie des entretiens a duré de 8 minutes 52 secondes à 14 minutes 21 secondes [moy = 9 minutes et 57 secondes]. La seconde partie des entretiens a duré de 4 minutes 28 à 9 minutes 14 [moy = 6 minutes 22 secondes]. Selon la méthode d'une analyse qualitative, la saturation des données est atteinte lorsque les données recueillies et leur analyse ne fournissent plus d'éléments nouveaux à la recherche en cours. Elle a eu lieu à partir du quatorzième entretien pour la première partie et du 16^{ème} entretien pour la deuxième partie.

Les 2 médecins n'ayant pas répondu à la deuxième partie de notre entretien ont invoqué les raisons suivantes, un manque de temps ou un envoi systématique des patients chuteurs aux urgences.

b) Données épidémiologiques

L'échantillon est composé de 9 femmes et 11 hommes. La moyenne d'âge est de 49,1 ans [ext : 32 - 62] et la médiane est de 46,5 ans. La répartition de l'âge en fonction du sexe est présentée dans le Tableau. 1.

Intervalle d'âge (Ans)	Sexe Féminin	Sexe Masculin	Total
30-39	3	3	6
40-49	2	3	5
50-59	2	2	4
60-69	2	3	5
Total	9	11	20

Tableau 1 : Répartition de l'âge en fonction du sexe

Onze médecins interrogés exercent en milieu urbain et 9 en milieu rural. La répartition du type d'activité en fonction de l'âge est résumée dans le Tableau 2.

Intervalle d'âge (Ans)	Activité urbaine	Activité rurale	Total
30-39	5	1	6
40-49	2	3	5
50-59	2	2	4
60-69	2	3	5
Total	11	9	20

Tableau 2 : Activité retenue par le lieu d'exercice en fonction de l'âge

Plus de la moitié (60 %) des médecins interrogés estiment que leur patientèle est jeune (moins d'un tiers de personnes âgées de plus de 65 ans). Un cinquième de notre échantillon pense que les personnes âgées représentent au moins 50 % de leurs patients. Le nombre de visites par jour (moyenne) est indiqué dans le Tableau 3 en fonction de la proportion de personnes âgées de la patientèle. Cinq médecins sont installés depuis moins de 10 ans, 7 entre 11 et 20 ans et 8 depuis plus de 20 ans [extr : 1 - 39]. Neuf médecins généralistes de notre échantillon exercent en EHPAD et 5 possèdent un DU ou une capacité en Gériatrie.

nombre de visites par jour	Proportion de personnes âgées		Total
	<1/3	>1/3	
<3	5	1	6
3 à 5	7	5	12
6 à 10	0	2	2
Total	12	8	20

Tableau 3 : nombre de visites par jour estimé en fonction de la proportion de personnes âgées estimée dans la patientèle.

Quatorze médecins généralistes interrogés ont déclaré avoir été sollicités dans les 3 mois précédant l'enquête pour une chute à domicile. Onze ont été vus au domicile du patient.

c) Etat des connaissances

A l'unanimité, ils pensent que la chute est un phénomène d'étiologie multifactorielle. L'estimation des chuteurs chez les plus de 65 ans par les médecins généralistes est présentée sur le Tableau 4, cela en fonction de la possession d'un DU de Gériatrie. La chute est un thème évoqué dans le DU de Gériatrie et peut ainsi influencer les réponses. Plus de la moitié ont un résultat reflétant les données de la littérature en estimant qu'environ 30% des patients de plus de 65 ans chutent (partie grisailée du Tableau).

		Pourcentage estimé de chuteurs parmi les plus de 65 ans (%)					Total
		20%	30%	40%	50%	60%	
DU de Gériatrie	NON	1	9	2	2	1	15
	OUI	0	3	2	0	0	5
	Total	1	11	4	3	1	20

Tableau 4 : Pourcentage estimé de chuteurs chez les plus de 65 ans en fonction de la formation gériatrique complémentaire.

La moitié des médecins interrogés (10 médecins) estiment que 60% des personnes âgées de plus de 85 ans chutent. Sept estiment cela à la moitié (50%), reflet des données de la littérature comme dit précédemment.

La totalité de notre échantillon de médecins suivent les FMC régulièrement.

Quatre médecins de notre échantillon avaient connaissance des recommandations HAS avant de débiter l'étude. Les autres en ont pris connaissance pour la partie finale de l'entretien.

2) Pratique des médecins généraliste au domicile du patient

a) Généralités

Un des médecins généralistes préfère adresser le patient chuteur aux urgences évoquant une prise en charge hospitalière obligatoire pour être optimale : « moi, je l'adresse aux urgences parce qu'en ville il n'est absolument pas possible d'analyser tous les facteurs de chute », « l'hospitalisation est nécessaire même sans fracture pour pouvoir évaluer le patient dans sa globalité » et « se pose le problème du maintien à domicile après une chute et on ne peut pas décider seul, il faut un avis ». En opposition au premier discours, un autre médecin déclare qu' « il ne faut pas hospitaliser une personne âgée sans critère de gravité parce que l'hospitalisation peut être délétère. »

L'orientation du patient vers un gériatre est évoquée pour une prise en charge spécialisée et globale. « La chute chez une personne âgée c'est comme une démence je demande un avis spécialisé parce que les gériatres ont l'habitude de cette pathologie, ils rechercheront tout ce qui est nécessaire pour éviter la récurrence ».

La majorité des médecins interrogés effectue une prise en charge du patient au domicile : « oui je le vois à domicile s'il n'y a pas d'éléments de gravité » et « pourquoi je l'enverrai à l'hôpital ? ».

b) Recherche des facteurs intrinsèques

La totalité des médecins interrogés recherche au moins 2 facteurs intrinsèques lors de leur visite à domicile. On peut noter que 14 médecins de notre échantillon recherchent au moins 4 facteurs de risque de chute intrinsèques. La notion d'antécédent de chute est « principalement » recherchée. « D'abord il faut savoir si c'est la première chute ».

Au domicile, il a été mentionné la préservation ou non de l'autonomie fonctionnelle du patient : « il faut se poser la question s'il marche, si oui au domicile uniquement ou à l'extérieur ».

Certains médecins interrogés recherchent des pathologies spécifiques telles que « une démence », « un syndrome dépressif majeur », « une maladie de Parkinson rendant la marche très difficile », « des séquelles d'AVC », « une incontinence urinaire », « avec impériosités parce que cela précipite la marche et donc les chutes ». La recherche d'une démence est évoquée. Mais il est précisé que le MMSE (Annexe 6) est rarement réalisé. La recherche se fait sur des critères indirects : « rarement réalisée par un MMSE par manque de temps ». « Je recherche une désorientation dans le temps et l'espace et je repère le manque de cohérence du discours du patient ». Il est recherché d'autres pathologies responsables de chute : « s'il a de l'arthrose », « la présence de gonarthrose, de coxarthrose, d'arthrose du rachis lombaire peut limiter la marche ». Ils ont aussi évalué la présence de troubles sensitivo-moteurs et neuro-musculaires des membres inférieurs : « pour une marche sans risque, il faut une absence d'anomalie neurologique et surtout musculo-squelettique ».

La dénutrition et les troubles visuels n'ont pas été évoqués par notre échantillon.

Les médecins généralistes interrogés recherchent une iatrogénie et la polymédication lors de la chute d'une personne âgée. Ils précisent : « Les benzodiazépines à demi vie longue de type Bromazepam », « les hypnotiques », « les anti déprimeurs », « les opioïdes », « les neuroleptiques » et « les anti hypertenseurs » ont été cités. « Souvent les ordonnances associent plusieurs médicaments sédatifs, par exemple une patiente dépressive et anxieuse ayant des douleurs peut cumuler Benzodiazépines, antidépresseur sédatif et morphinique ».

c) Recherche des facteurs extrinsèques

Un médecin a mentionné la recherche d'aide technique à la marche comme « une canne est nécessaire » ou « un déambulateur » et la recherche d'« un chaussage adapté avec chaussures fermées ». Les médecins recherchent volontiers un environnement inadapté que nous détaillerons plus tard : « Il faut rechercher des pièges dans la maison ».

d) Examen clinique effectué au domicile du patient

Au domicile du patient, il est réalisé « en systématique » un examen cardio-vasculaire comprenant « une auscultation des bruits du cœur à la recherche d'une arythmie », « une palpation des pouls périphériques », « une recherche d'insuffisance cardiaque et d'insuffisance veineuse ». Les constantes citées sont : le pouls, la tension artérielle et la température en cas de signe d'appel clinique comme « une toux, des brûlures mictionnelles ou des douleurs abdominales ». Il a été évoqué la recherche d'hypotension orthostatique

comme suit : « une tension est prise ... en décubitus dorsal, puis au moment de la station debout à 1 à 5 minutes » selon le médecin interrogé. Un examen neurologique est réalisé à la recherche d'un déficit focal comme « déficit sensitivo-moteur, d'un syndrome pyramidal et d'un syndrome cérébelleux pouvant faire suspecter un AVC comme étiologie de la chute ».

Un médecin généraliste recherche en systématique un syndrome post chute : « je cherche un syndrome post chute qui peut être responsable d'une récurrence ».

Un praticien exerçant en EHPAD évoque le « get up and go test » qu'elle réalise systématiquement lors d'un examen clinique après une chute. Plusieurs autres médecins disent ne pas réaliser ce test, un d'entre eux déclare : « J'analyse le lever de la chaise, la marche et le demi-tour ».

e) Mesures de prévention des récurrences proposées

La plupart des médecins de notre échantillon propose un aménagement de l'environnement dont les mesures évoquées sont :

- « Retirer les tapis »
- « Un chaussage adapté avec des chaussures ou chaussons fermés »
- « Luminosité adaptée notamment dans la salle de bain »
- « Acquisition d'une chaise « garde-robe » à côté du lit pour limiter le risque dû aux impériosités »

- « Aménager la maison en plein pied avec lit, toilettes, salle de bain au rez-de-chaussée »
- « Enclos pour animaux pour éviter qu'il se prenne les pieds »

Un médecin propose le passage au domicile du patient d'un kinésithérapeute pour une rééducation à la marche et la lutte contre le syndrome post chute ou encore un(e) IDE pour la pose de bandes de contention : « je fais venir un kinésithérapeute à domicile car cela permet une présence et pour une personne âgée seule et isolée c'est important ». De plus, il insiste sur les bienfaits de cette intervention : « la kinésithérapie de rééducation à la marche permet à la personne âgée d'acquiescer de l'assurance », « passer au domicile pour éduquer la patiente sur la pose des bandes et aussi donner son avis sur l'environnement adapté ou non ». Les médecins pensent aux aides techniques comme la canne ou le déambulateur, en donnant quelques conseils pratiques : « toujours garder la canne ou le déambulateur près de soi même lors de l'assise » et « l'utiliser même pour les déplacements courts ».

Un médecin généraliste a introduit la notion d'implication de la famille dans la prévention des chutes de la personne âgée. « Il est souhaitable d'impliquer les enfants pour éviter la chute parce qu'ils ont une influence sur l'environnement et sur les comportements dangereux comme la consommation d'alcool ». « Les actes de préventions demandés sont souvent réalisés par la famille et non pas par la personne âgée elle-même ».

L'idée d'exercices à effectuer à domicile pour prévenir la récurrence des chutes a été soulevée : « Je me souviens avoir lu que l'exercice physique est un bon moyen pour prévenir les chutes, je crois que c'est par rapport à l'équilibre ».

3) Faisabilité des recommandations HAS concernant la chute sans critère de gravité au domicile : avis des médecins généralistes

a) Généralités

Deux médecins n'ont pas souhaité réaliser cette analyse. La totalité des médecins généralistes interrogés pour la seconde partie de notre étude pensent que l'applicabilité des recommandations HAS en pratique courante est difficile : « je pense qu'on ne peut pas appliquer la totalité de ces recommandations, c'est impossible ». Certains estiment qu'il est pertinent d'appliquer la majorité des recommandations : « oui s'ils recommandent c'est que ça doit être utile pour le patient, enfin pour la majorité ».

b) Les freins rencontrés à la faisabilité des recommandations

La plupart d'entre eux pensent que les recommandations sont utiles. Certains restent dubitatifs : « ça ne sert à rien de faire tout ça c'est juste du bon sens ». Les recommandations leur semblent chronophages et difficiles dans le temps imparti des consultations. Ils évoquent un nombre de recommandations sur ce thème trop élevé et non applicable en totalité : « il y a trop de choses à faire ». Certains médecins estiment que le niveau de preuve reste insuffisant : « pour moi le grade C de l'HAS ça ne suffit pas à dire que c'est nécessaire ». Deux n'ont pas souhaité argumenter.

La chute n'est parfois évoquée qu'en fin de consultation par crainte d'une hospitalisation ou même une institutionnalisation rendant alors difficile son évaluation et par conséquent l'application des recommandations : « souvent la chute sans gravité est

déclarée en fin de consultation, ou au moment de partir. C'est l'une des raisons pour laquelle les recommandations ne sont pas appliquées ».

Certains médecins généralistes pensent que la recherche de facteurs de risque doit être réalisée sur des points d'appel cliniques propres à chaque patient et non sur des recommandations exhaustives : « c'est du bon sens, je veux dire que on recherchera des troubles neuromusculaires que si on a un point d'appel, si il nous dit qu'il a chuté sur un tapis c'est bon on a la cause ».

Une partie de notre échantillon pense que le bénéfice de leur application stricte n'est pas assez significatif par rapport au temps nécessaire à la réalisation : « En appliquant toutes les recommandations tu vas éviter combien de chutes ? Pas beaucoup, alors que le temps passé est colossal pour les appliquer ». Cette idée a été soulignée notamment pour les recommandations d'ordre environnemental et social. Certains médecins estiment que leur patientèle ne suivrait pas les conseils sur l'environnement (tapis, éclairage de la salle de bain, ...) : « on prend beaucoup de temps à analyser l'environnement mais les conseils que l'on prodigue ne sont jamais suivis c'est décourageant ».

Ces mêmes médecins ont évoqué la difficulté de lutter contre la iatrogénie : « Concernant les benzodiazépines, nos patients ne peuvent pas se séparer de leur traitement quotidien par habitude. La dépendance psychique aux médicaments et le syndrome dépressif ne sont pas pris en compte dans les recommandations ». « C'est très difficile de diminuer le nombre de médicaments chez une personne âgée compte tenu de cette dépendance »

Il a été dit que l'applicabilité des recommandations est difficile car le patient est souvent isolé socialement et les déplacements hors domicile sont très difficiles en termes de logistique, « les bons de transports cela ne fait pas tout, il faut qu'il puisse marcher et être accompagné et c'est loin d'être toujours le cas ».

Un médecin généraliste estime ces recommandations HAS de l'ordre d'une spécialité médicale qu'est la gériatrie et non pas la médecine générale : « La chute c'est comme la démence, c'est l'affaire des spécialistes, ils sont beaucoup plus compétents que moi sur le sujet ». Un autre médecin a introduit l'idée de formation évoquant un manque de compétence dans le domaine gériatrique pour être capable d'appliquer en totalité ces recommandations.

c) Relation entre médecins traitants et professionnels médicaux et para médicaux.

La difficulté d'accès aux spécialistes notamment ophtalmologistes et le délai de rendez-vous sont soulignés : « Il faut 6 mois pour un rendez vous ophtalmologique, le patient a le temps de chuter plusieurs fois ». L'évaluation visuelle par l'échelle de Monoyer est impossible au domicile car les médecins généralistes n'en possèdent qu'au cabinet. De même, l'intervention des professions paramédicales comme les kinésithérapeutes est difficile à domicile « c'est déjà un miracle de trouver un kinésithérapeute donc pour qu'il se déplace à domicile pour une personne âgée c'est mission impossible ». Les problèmes de logistique concernant les personnes âgés ont également été évoqués : « une personne âgée aura beaucoup de difficultés à se rendre aux rendez-vous pris...avec des problèmes de transport et de mémoire concernant la date du rendez-vous ».

V) DISCUSSION

1) Description de la population interrogée et démographie médicale

L'objectif de l'échantillonnage en recherche qualitative est de maximiser l'expression de la diversité et non pas d'être représentatif de la population. La procédure d'échantillonnage est orientée et donc non probabiliste. Elle consiste à sélectionner les médecins généralistes participants considérés comme typiques de la population cible. Les participants ont donc été sélectionnés sur des concepts émergeant au cours de l'étude. L'objectif est d'obtenir la plus grande diversité des participants. Le nombre de femmes et d'hommes a été réparti de façon équivalente dans l'étude.

En Haute Normandie, la proportion d'hommes en médecine générale libérale est de 72% [31]. Toutes les tranches d'âge des médecins généralistes en activité sont représentées avec une homogénéité des tranches d'âge en fonction du sexe. Dans la région, la répartition de l'âge en fonction du sexe est représentée sur la Fig. 2. La population de médecins généralistes Haut Normands est âgée en moyenne de 51 ans [31]. Notre échantillon est plus jeune, mais n'est pas comparable compte tenu de la méthode d'analyse utilisée.

Il a été difficile, lors de l'étude, de recruter des médecins généralistes âgés de 30-40 ans de sexe masculin et récemment installés en raison d'une part de leur refus fréquent de participation à l'étude et d'autre part par le faible nombre de médecins possédant ces caractéristiques démographiques (Fig. 2).

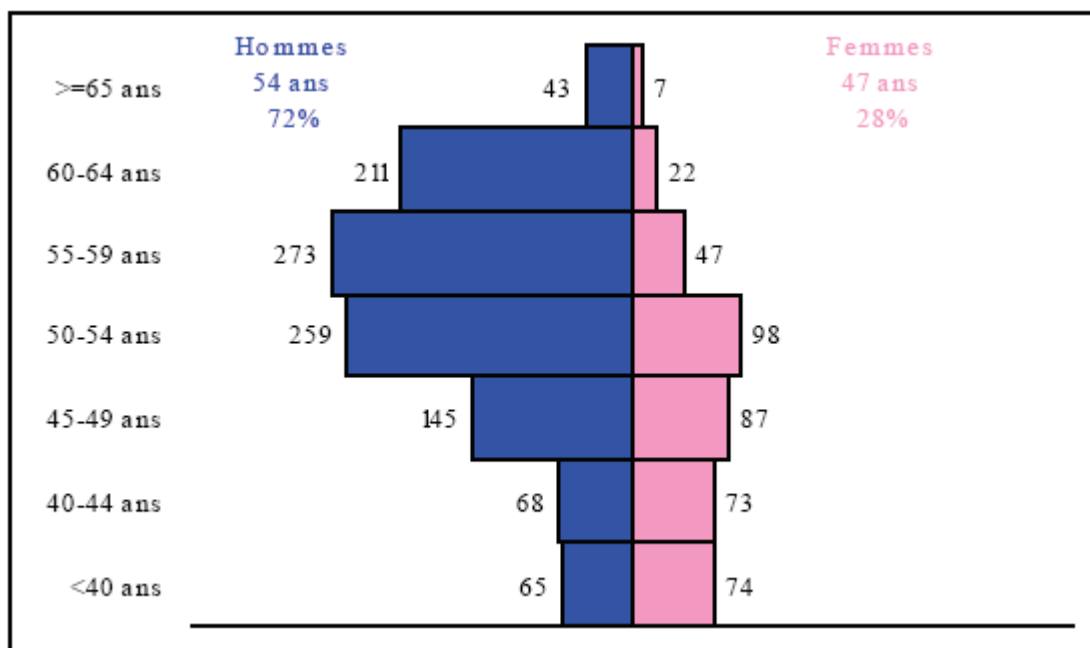


Fig. 2 : Pyramide des âges des médecins généralistes libéraux exclusifs en Haute Normandie.

L'activité rurale et urbaine est répartie de manière équivalente en fonction de l'âge et du sexe. En France, 20% des médecins généralistes exercent en zone rurale [32]. Selon l'Agence Régionale de Santé, la densité de médecins généralistes en Haute Normandie est de 136 pour 100 000 habitants (16% inférieure à la densité nationale). L'Eure compte 106 médecins généralistes pour 100 000 habitants. Elle est dans une situation plus défavorable que la Seine-Maritime (149 pour 100 000 habitants) [33]. La répartition des médecins généralistes libéraux dans la région est décrite sur la Fig. 3. Les exercices, rural et urbain, sont tous deux représentés sur ce territoire.

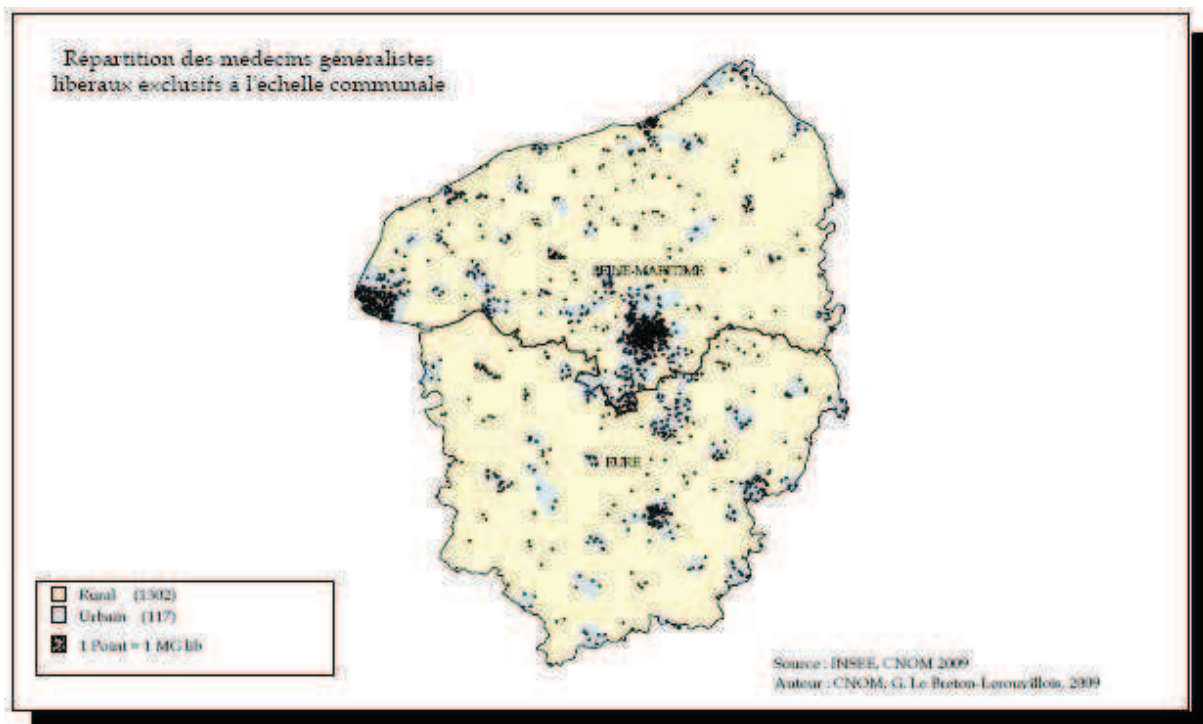


Fig. 3 : Carte de la répartition des médecins généralistes libéraux.

Il a été rapporté dans notre étude la difficulté d'obtenir un kinésithérapeute à domicile en milieu rural, idée soulignée par un des médecins interrogés. Cela peut être expliqué en partie par la répartition des professionnels paramédicaux dont la densité est décrite Tableau 5. On note une disparité entre le département de l'Eure et celui de la Seine Maritime.

Nombre pour 100 000 habitants	Seine Maritime	Eure
IDE	885	429
Kinésithérapeutes	75	63

Tableau 5 : Densité des IDE et kinésithérapeutes en fonction du département en 2011.

La majorité de notre population (60%) estime leur patientèle de sujets de plus de 65 ans à plus d'un tiers, correspondant globalement aux données épidémiologiques. La proportion de 50% est donc peut être surestimée pour certains médecins traitants, malgré

une hétérogénéité probable. L'avis et les pratiques des médecins ayant une patientèle plus ou moins âgée ont pu être recueillis. Cela permet d'obtenir une population diversifiée, notion importante en recherche qualitative. Une étude avait montré que 28% des consultations des médecins généralistes libéraux concernaient des patients âgés de plus de 70 ans [32].

Cinq médecins interrogés possèdent un DU de Gériatrie et 9 médecins exercent en EHPAD dans cette étude. L'exercice en EHPAD implique une formation minimale en gériatrie. Une étude réalisée aux Etats-Unis [34] avait décrit un programme de formation des internes de médecine générale. Nous la détaillerons ultérieurement. La majorité des médecins de notre étude étaient sollicités dans les 3 derniers mois pour une chute à domicile, problématique importante justifiant une formation adéquate. Il est utile de recueillir les avis de ceux ayant cette formation complémentaire afin que l'échantillon de l'étude qualitative soit complet.

Tous les médecins de notre échantillon ont déclaré suivre régulièrement des FMC. Cela peut être expliqué en partie par le fait que la FMC est une obligation ordinaire. L'article 11 du code de déontologie dit que « tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue » (Annexe 7). L'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 a fait de cet article 11 du code de déontologie une obligation légale pour le médecin de se soumettre à une formation médicale continue.

2) Analyse des actions proposées et données de la littérature

a) Recours à l'hospitalisation ou avis spécialisé

Le recours à une hospitalisation systématique a été mentionné par un médecin de l'échantillon. Un autre propose systématiquement une consultation spécialisée. Devant toute chute au domicile, les médecins généralistes ont la possibilité de recourir aux urgences. La chute représente 5 à 10% des admissions dans un service d'urgences. En France, en 2004, on a pu estimer à partir de l'enquête EPAC que 4,5% des personnes de plus de 65 ans ont été victimes d'une chute accidentelle suivie d'un recours aux urgences hospitalières. Les urgences avaient accueilli environ 450 000 personnes de 65 ans et plus à la suite d'une chute accidentelle en 2004 (environ 120 000 hommes et 330 000 femmes). Selon cette même enquête, 34% des chutes étaient bénignes. Une proportion importante (30%) a fait l'objet d'un traitement avec un suivi ultérieur [35]. Le recours aux urgences reste fréquent.

Ces chutes ont parfois donné lieu à une hospitalisation permettant une évaluation gériatrique. *Salter et al.* [36] avaient démontré que le passage d'un patient âgé aux urgences pour chute était associé significativement à une aggravation du risque de chute à 6 mois (+29,5% ; $p=0,01$). Cette étude prospective concernait les personnes âgées vivant à domicile. Une autre étude démontrait un risque de chute multiplié par quatre les 2 semaines suivant le retour à domicile après une hospitalisation [37]. Cela souligne la fragilité des ces patients et les effets parfois délétères d'une hospitalisation. Un des médecins de l'échantillon évoquait ces risques. Cette idée est renforcée par la littérature. Chez les patients ayant chuté lors de leur hospitalisation, 35% seront admis pour une nouvelle chute et 5% décéderont

dans le mois et 40% seront institutionnalisés [38]. Cela peut être expliqué par les facteurs précipitant la chute comme un épisode intercurrent d'une maladie chronique, le changement d'environnement ou des modifications thérapeutiques.

Un des médecins interrogés propose systématiquement un avis gériatrique permettant ainsi une évaluation globale et spécialisée. L'évaluation Gériatrique Standardisée (EGS) est un ensemble d'outils validés qui permet d'évaluer les troubles et le degré de dépendance de la personne âgée afin de lui apporter la prise en charge la plus adaptée. Elle permet « un diagnostic multidimensionnel, interdisciplinaire pour identifier les besoins, proposer une action coordonnée, améliorer la qualité de vie des personnes âgées »[39]. « L'évaluation gériatrique standardisée est une méthode de diagnostic multidimensionnelle et interdisciplinaire, dont le but est de déterminer les capacités fonctionnelles, psychologiques et médicales d'une personne âgée fragile, dans le but de développer un plan de soin coordonné et intégré, et un suivi à long terme » [40]. Cela permet d'explorer de façon systématique un certain nombre de fonctions telles que les fonctions cognitives, la thymie, l'état cardio-vasculaire, l'état dentaire, l'état nutritionnel, la marche, l'autonomie [41]. Elle permet l'évaluation globale de la personne âgée sur le plan médical, psycho-social, fonctionnel et environnemental et de proposer une stratégie adaptée de prise en charge et de suivi. Chacun de ces thèmes doit être évalué par des tests standardisés dont certains ont été décrits précédemment (Timed up and go test, appui unipodal, MMSE, ...). Les outils standardisés et validés de l'EGS sont spécifiques et permettent d'apprécier avec fiabilité [42] l'autonomie, la marche, l'état nutritionnel, les fonctions cognitives ou la thymie. Cette évaluation permet d'instaurer des mesures

préventives d'anticiper d'éventuels évènements engageant le pronostic fonctionnel ou vital des personnes âgées fragiles.

La chute est classiquement un évènement nécessitant une EGS. L'intérêt a été validé par de nombreuses études comme le résume une méta-analyse [43]. La pratique d'une EGS en cours d'hospitalisation permettait une réduction de la mortalité (de 14%) et de la fréquence des nouvelles hospitalisations (de 12%), une augmentation de la survie des patients à domicile (de 26%), une amélioration des fonctions cognitives (de 41%) et une amélioration du statut fonctionnel (de 72%) [43]. Elle devrait faire partie de l'examen initial de toute personne âgée de plus de 75 ans mais il paraît impossible dans le temps imparti des consultations en ville. Une formation plus précise sur l'accès au centre d'évaluation gériatrique serait peut être indispensable.

La chute est un motif classique d'avis gériatrique et d'EGS.

b) Recherche des facteurs de risque de chute

Le risque de chute augmente avec le nombre de facteurs de risques cités précédemment : Il double à 1 an avec chaque nouveau facteur de risque. Le taux est de 8% en l'absence de facteur de risque et atteint 78% avec 4 facteurs de risques [44]. Une méta analyse avait identifié les risques suivants comme ayant une forte corrélation à la chute : antécédent de chute, trouble de la marche, utilisation d'aide instrumentale à la marche, vertiges, maladie de Parkinson et utilisation d'antiépileptiques [45]. Dans l'étude, nous avons constaté que les actes de prévention réalisés par les médecins traitants concernaient ces

principaux facteurs de risque de chute. Les antiépileptiques n'ont pas été cités comme exemple de iatrogénie responsable de chute.

Concernant la prise de médicaments, le médecin traitant coordonne la prescription (traitement cardio-vasculaire, psychotropes, ...). Les médicaments associés au risque de chute ont été antérieurement cités. Dans notre étude, les praticiens évoquent souvent le problème de la révision des traitements. Alors que l'hospitalisation est souvent l'occasion de réviser l'ordonnance, le maintien des modifications une fois le retour à domicile est difficile [46] : environnement, isolement et mal être invalidant. Le médecin généraliste doit alors mesurer à nouveau la balance bénéfice/risque d'un traitement sous la pression d'un patient mécontent [47] des modifications réalisées. C'est le cas du traitement par benzodiazépine. Le traitement par anxiolytique est donc souvent réintroduit malgré le risque de chute. Cet exemple exprime la nécessité de la prise en charge globale réalisée par le médecin traitant.

L'hypotension orthostatique a été évoquée à plusieurs reprises lors de nos entretiens. Effectuer la recherche d'hypotension orthostatique est facile, non invasif et rapide. Ceci peut expliquer qu'elle soit réalisée en soins primaires. Une étude rétrospective de *Mendu et al.*[48] chez 2106 patients adressés aux urgences pour malaise rapportait la recherche d'hypotension orthostatique dans 38% des cas permettant un diagnostic étiologique (15-21%).

Le médecin traitant occupe une position stratégique dans la coordination des interventions des professionnels médicaux et para médicaux, même si la démographie est parfois un obstacle Aux Etats-Unis, *Keough et al.* [34] avaient décrit des méthodes de coordination inter professionnelle centralisée par le médecin généraliste. Il s'agissait d'un

programme de soin global et multidisciplinaire, pour la personne âgée, enseigné à des internes de médecine générale sous forme de séminaire d'apprentissage. Dans cette étude, les internes ne semblaient pas être suffisamment informés des possibilités de coordination des soins multidisciplinaires pour cette prise en charge globale. Il semble bénéfique de réaliser des séminaires centrés sur cette problématique pour les médecins généralistes et les internes en formation.

La réalisation au domicile d'un examen neuro-musculaire des membres inférieurs a été évoqué par la totalité des médecins traitants interrogés. Une étude de *Tinetti et al.* [49] n'avait démontré aucune relation entre l'examen neuro-musculaire et l'identification d'anomalies fonctionnelles. La flexion des hanches et des genoux sont nécessaires pour l'assise. Seulement 30% d'anomalies de flexion du genou et 15% de flexion de la hanche avaient été identifiés chez les patients ayant des difficultés à s'asseoir. Un test fonctionnel serait donc plus adapté pour dépister les anomalies de la marche.

Le Timed up and go test (Annexe 3) peut être réalisé en soins primaires. Il est effectué de principe par certains médecins traitants mais semble souvent méconnu. Une étude avait démontré le risque prédictif de chute lors d'un Timed up and go test (TUG) pathologique [50]. Un patient ayant un TUG supérieur ou égal à 20 secondes a un risque de chute de 83%. Toutefois ce test n'est pas toujours réalisable en particulier lorsque les patients chuteurs présentent une incapacité totale à la marche.

Les tests de marche et d'équilibre sont nombreux et il est parfois difficile de savoir quelle épreuve serait la plus rentable et réalisable dans un cabinet. Nous pouvons évoquer la vitesse de marche sur 10 mètres dont les valeurs normales se situent au dessus de 0,6 m/s

[51] et le test dit de la double tâche, le stop walking when talking test [52, 53] qui consiste à poser 2 questions pendant la marche et d'observer un arrêt éventuel au décours de la marche. Cela permet d'apprécier la marche avec l'adjonction d'une tâche cognitive. Ces tests semblent sensibles à prédire une chute et faciles à réaliser en cabinet. Ces derniers n'ont pas été évoqués par notre échantillon.

La vitesse de marche et le TUG sont les tests efficaces [54], validés, simples et réalisables en pratique courante.

Rappelons qu'au cabinet, un médecin généraliste possède un accès à internet lui donnant la possibilité de consulter les recommandations et d'obtenir un « patron » des différents tests proposés. Ce n'est pas le cas au domicile où les conditions d'exercice sont plus restreintes. Il en est de même du pèse personne et de l'échelle de Monoyer pour évaluer respectivement la dénutrition et la baisse de l'acuité visuelle.

3) Opinions sur les recommandations

a) Adhésion des médecins traitants

Quatre médecins traitants avaient connaissance des recommandations. Dix huit ont reçu et ont accepté de répondre à la seconde partie de l'étude. De nombreuses remarques ont été émises concernant ces recommandations.

L'étude d'*Allen et al.* [55] concernant l'adhésion aux recommandations d'une équipe de consultation gériatrique démontrait qu'un nombre restreint de recommandations augmente l'adhésion. La population est non comparable puisqu'elle concerne les gériatres et non les médecins généralistes. De plus, le temps de consultation gériatrique est supérieur au temps de consultation en soins primaires. Nous pouvons émettre l'hypothèse que le temps limite l'adhésion aux recommandations.

Dans notre étude, les médecins généralistes pensent que le nombre de recommandations est trop important pour être appliqué en pratique courante. Deux autres études [56, 57] avaient démontré qu'un nombre de recommandations inférieur à 4 augmenterait le taux d'adhésion ainsi que leur hiérarchisation [56]. La différenciation entre recommandations prioritaires et secondaires serait donc souhaitable.

Dans la littérature [55][58], le niveau d'adhésion aux recommandations diffère en fonction de la thématique. Pour certains auteurs, les recommandations concernant la prise en charge thérapeutique et/ou diagnostique avaient un taux d'adhésion plus important que les recommandations d'ordre environnemental et/ou social. Les modifications des habitudes de vie sont plus difficiles à appliquer. Un des médecins interrogés a formulé un certain découragement devant la difficulté d'observance et d'adhésion des patients. D'autres auteurs [59, 60] avaient démontré que la compréhension des recommandations médicamenteuses et environnementales était identiques chez les patients. Cependant les recommandations environnementales sont moins appliquées. Le taux global d'adhésion aux recommandations était de 85% avec un taux supérieur à 90% pour les recommandations médicamenteuses. Le taux d'adhésion au régime alimentaire était lui compris entre 22% et 85%, celui concernant l'exercice physique régulier était de 19% et celui concernant les

modifications du domicile était de moins de 10%. Les auteurs avaient pour hypothèse le coût financier à cette absence d'observance : les médicaments sont remboursés par l'assurance maladie et les mutuelles alors que les aménagements de l'environnement ont un coût direct pour le patient.

Reuben et al. [56] et *Maly et al.* [61] retrouvaient une meilleure adhésion lorsque le médecin traitant percevait le bénéfice réel de la recommandation. Dans notre étude, il a été mentionné le grade C de la plupart des recommandations concernant la chute. Selon le niveau de preuve des études, les recommandations sont cotées de A à C (échelle proposée par la HAS). Une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études à fort niveau de preuve. Une recommandation de grade C est fondée sur des études à faible niveau de preuve. Les praticiens sont de ce fait septiques quant au bénéfice de ces recommandations. Cela les rend probablement moins attractives dans le discours du médecin au patient.

La notion de facilité d'application a également été évoquée dans la littérature [57] et par notre échantillon de praticiens. La mise en œuvre des recommandations est supérieure lorsqu'elles sont transmises au praticien par écrit [55, 56].

Il avait été démontré dans la littérature [62] que l'observance des patients dans la prise médicamenteuse était dépendante de deux facteurs : un médecin traitant disponible et un suivi médical régulier. Ce point n'a pas été recherché dans notre étude. *Maly et al.*[61] avaient démontré que l'adhésion aux recommandations augmentait lorsque le praticien et le patient avaient discuté de la recommandation et en avaient conjointement perçu le

bénéfice. L'adhésion était moindre si le médecin était le seul convaincu du bénéfice réel. Par contre, si la demande émanait du patient, le taux d'adhésion était de 93% [61].

b) Critiques des recommandations et données de la littérature

Dans notre étude, les remarques des praticiens par rapport aux recommandations HAS se sont révélées mitigées et quelquefois négatives. Un médecin généraliste a mentionné qu'il avait « lu dans une revue que ces recommandations étaient inutiles ». Plusieurs analyses critiquaient ces recommandations concernant la chute. L'une [63] soulevait plusieurs difficultés. Le niveau de preuve (grade C) était faible, point formulé antérieurement. Les méthodes d'obtention de certaines recommandations n'étaient pas détaillées. Le comité d'organisation et le groupe de travail étaient composés principalement de gériatres et kinésithérapeutes. Les IDE et les aides soignant(e)s étaient peu représenté(e)s. Il existait une certaine difficulté : celle de l'absence de distinction entre la population âgée de plus de 65 ans et celle âgée de plus de 75 ans et la vie au domicile ou en institution [63]. Les auteurs [63] mentionnaient également une mise à jour de ce guide par rapport à celui de 2005 notamment concernant l'inutilité des protecteurs de hanche, de la réalisation systématique d'un EEG, d'une imagerie cérébrale, échographie doppler des TSA, Holter ECG et échographie cardiaque. Plusieurs recommandations ne trouvaient aucune justification dans l'argumentaire comme la proposition d'un questionnaire clinique systématique en 16 questions, la prescription de séances de kinésithérapie. Une consommation excessive d'alcool était décrite comme un facteur précipitant les chutes dans

le document de synthèse des recommandations mais n'était mentionné ni dans l'argumentaire ni dans les recommandations elles-mêmes. Ces arguments peuvent expliquer en partie que les médecins généralistes ne connaissent pas ce guide. La revue Prescrire [64] critiquait les recommandations concernant les chutes de 2005. Un médecin généraliste avait fait publier dans cette même revue [65] une critique de l'analyse effectuée par la rédaction de La revue Prescrire. Il décrivait une analyse trop sévère mais reconnaissant une légitimité. La critique des recommandations HAS de la revue Prescrire est basée sur la grille d'évaluation AGREE (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument) (Annexe 8) ainsi qu'une analyse qualitative du niveau de preuve des recommandations [66].

Il existe d'autres propositions concernant la prise en charge des chutes de réalisation plus facile. Un article [67] résumait les principaux facteurs de risque de chute comme étant l'antécédent de chute, un trouble visuel, une incontinence urinaire, un handicap fonctionnel et l'utilisation d'une benzodiazépine. Ils permettent une conduite à tenir claire et concise sur 5 facteurs principaux afin de mieux dépister les personnes à risque, analyse plus pratique.

Une étude qualitative de 2006 de *Chou et al.* [68] avait conclu que 3 principaux facteurs influençaient l'évaluation du risque de chute chez les personnes âgées :

- Les facteurs liés au médecin traitant
- Les facteurs liés à la logistique
- La perception des praticiens des facteurs du patient

La nécessité d'évaluer les risques de chute n'est pas toujours prise en considération. On sait que l'hypotension orthostatique est un facteur de risque de chute notamment par l'effet

d'un traitement anti hypertenseur. Pourtant le risque d'évènement cardio-vasculaire en partie lié à une HTA non traitée semble plus important que le risque de chute. Il est difficile de prioriser les risques de maladies.

Les médecins généralistes interrogés ont émis l'idée suivante. L'enseignement de la prévention des chutes favoriserait le dépistage des facteurs de risque comme dans l'étude américaine [34].

Le manque de possibilités de transport pour les consultations et la difficulté d'accès à la kinésithérapie sont des freins à la réalisation de l'évaluation du risque de chute. Cette idée a été retrouvée dans notre étude. Le temps requis pour une consultation chez un malade à mobilité réduite peut également empêcher l'évaluation du risque de chute. L'implication de la famille et des personnels paramédicaux avaient été cités dans l'étude [68] comme dans la notre. Toutefois, dans notre étude la notion de remboursement du temps consacré à la prévention n'est pas mentionné, il l'est dans l'étude de *Chou et al.* [68].

Dans notre étude il est question de recherche des facteurs de risque de chute uniquement sur point d'appel clinique, il en est de même dans l'étude de *Chou et al.* [68]. Le fait que les patients n'expriment pas leur difficulté motrice semble un frein à la prise en charge.

Sur ce faisceau d'argumentaires, une simplification et un allègement des items de ces recommandations seraient donc souhaitables. La hiérarchisation pourrait de même aider en pratique clinique. L'adhésion en serait meilleure.

4) Limites de l'étude

La réalisation des entretiens a présenté quelques points faibles : le manque d'expérience initiale et le recueil téléphonique ne permettant pas de visualiser les attitudes du médecin. L'analyse des résultats et les codages présentent une certaine subjectivité : ils ont été réalisés par une seule personne. Les médecins interrogés étaient intéressés par le sujet, ce qui peut présenter un biais. Certaines propositions de prévention pouvaient contenir une certaine suggestibilité, la question engendrant à fortiori une réponse avec un temps de réflexion. Les actes de prévention n'ont pas été évalués par un observateur au cabinet mais par les dires des médecins, pouvant être ainsi biaisés.

Le caractère qualitatif de l'étude ne permet pas d'émettre des conclusions sur l'importance relative des thèmes cités. Le but était d'identifier des thèmes clés concernant les barrières rencontrées par le médecin généraliste.

Elle a présenté des points forts : un seul interviewer et la programmation de l'horaire et du lieu ont permis des entretiens semi dirigés dans de bonnes conditions.

5) Perspectives

Il serait intéressant de réaliser un travail quantitatif et non qualitatif sur les actions réalisées des médecins généralistes au domicile du patient et de rechercher l'impact des visites au domicile sur les propositions d'adaptation d'environnement notamment.

Une étude permettant de quantifier et de hiérarchiser les principaux obstacles décrits dans notre étude sur la faisabilité des recommandations permettrait de proposer des solutions alternatives.

Une étude prospective pourrait être menée afin de vérifier si le dépistage systématique des facteurs de risque réduirait le risque de chute comme c'est le cas pour les facteurs de risque cardio-vasculaires et la survenue d'évènements cardio-vasculaires. Certes le temps d'une consultation est limité mais cette démarche pourrait s'inscrire dans la pratique courante.

Une fiche pratique écrite détaillant les principales questions à poser devant toute chute pourrait être distribuée aux médecins traitants ainsi qu'une fiche récapitulative destinée au patient. La réalisation d'un tel questionnaire a été effectuée en France (Annexe 9). Mais sa diffusion a été relative en soins primaires compte tenu du nombre important d'écrits que reçoivent les médecins généralistes.

Le dépistage des risques de chute est difficile du fait de son caractère multifactoriel. La constitution d'une équipe mobile de gériatrie pouvant se déplacer au domicile du patient âgé serait une alliée importante pour le dépistage de ces facteurs de risque. Une telle équipe existe par exemple au Centre Hospitalier d'Haguenau en Alsace. Elle est composée d'un médecin gériatre, de deux infirmières et d'un(e) ergothérapeute qui peuvent se déplacer à domicile. La généralisation de ce concept semblerait bénéfique.

Un codage spécifique Sécurité Sociale pourrait être créé afin d'attribuer une rémunération adaptée et proportionnelle au temps nécessaire au dépistage des facteurs de risque de chute. Elle pourrait être attribuée après une formation spécifique.

V) Conclusion

La chute de la personne âgée est fréquente avec un risque fonctionnel et vital majeur. Les entretiens avec les médecins traitants ont permis de mieux évaluer la prise en charge d'une chute et d'appréhender la faisabilité des recommandations HAS. Les obstacles à l'application démontrés dans cette étude qualitative, sont conséquents. La prise en charge globale de la chute sans gravité par les médecins traitants de l'échantillon semble en corrélation avec les recommandations. Leurs avis sur les recommandations de l'HAS sont semblables aux critiques évoquées dans la littérature : la pertinence (grade C), le nombre important d'items, problématique gériatrique c'est-à-dire une prise en charge spécialisée.

Même si l'information globale des recommandations semble bonne, une information plus précise ou une hiérarchisation serait sans doute bénéfique et favoriserait leur faisabilité.

Le médecin traitant est en première ligne pour optimiser la prise en charge et la prévention des chutes chez les personnes âgées. Il doit être sensibilisé à cette démarche par des formations complémentaires, des séminaires ou des FMC comme nous l'avons précisé antérieurement. L'édition seule de recommandations ne permet pas d'obtenir leur application. Elles ne sont lues que par une faible proportion. La réalisation systématique d'un questionnaire sur les facteurs de risque de chute comme cela existe pour les facteurs de risque cardio-vasculaires pourrait être proposée afin d'améliorer cette prise en charge. Les stratégies de prévention secondaire réduisent le risque de récurrence et par conséquent la morbi-mortalité et l'institutionnalisation, coût économique majeur. Un outil rapportant les critères majeurs de risque de chutes serait une aide en pratique courante. De même, la

réalisation d'un examen fonctionnel de la marche (TUG) comme le Timed up and go test ou la vitesse de marche en première intention serait intéressante en systématique, étant un facteur prédictif majeur de chute [49]. Ces examens rapides et simples permettraient de mettre en place des adaptations environnementales, instrumentales ou humaines (kinésithérapeutes), avec tous les freins évoqués par ce travail.

Malgré les efforts réalisés et les multiples recommandations, il reste des progrès à réaliser dans ce dépistage.

Annexe 1 : Recommandations HAS sur la prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées

3.6 Rechercher les signes de gravité liés aux conséquences psychologiques, psychomotrices et fonctionnelles survenant à distance des chutes

R11. Dans les suites d'une chute survenant chez une personne faisant des chutes répétées, il est recommandé de réévaluer la personne dans un délai d'une semaine.

Le but de cette réévaluation est :

- de rechercher les facteurs exposant à un risque de récurrence de chute grave qui sont :
 - la peur de chuter et une restriction des activités de la vie quotidienne,
 - l'existence d'un syndrome post-chute qui peut s'installer après la survenue de la chute ou passer inaperçu lors de l'évaluation initiale ;
- d'assurer le suivi de la prise en charge interprofessionnelle de la personne âgée.

4 Quel est le bilan à réaliser en cas de chutes répétées ? Que faut-il rechercher et comment ?

R12. Il est recommandé de rechercher systématiquement les facteurs de risque de chute après avoir recherché les signes de gravité (grade C).

Les facteurs de risque de chute peuvent être classés en deux catégories :

- les facteurs prédisposants qui correspondent le plus souvent au cumul de facteurs de risque dits intrinsèques, c'est-à-dire dépendant le plus souvent de l'état de santé de la personne ;
- les facteurs précipitants qui sont des facteurs qui interviennent ponctuellement dans le mécanisme de la chute. Ils peuvent être intrinsèques (liés à l'état de santé de la personne), comportementaux (dépendants du comportement moteur de la personne au moment de la chute) et environnementaux (dépendants du milieu dans lequel la personne a chuté).

4.1 Rechercher les facteurs prédisposants de la chute

R13. Il est recommandé de rechercher systématiquement des facteurs prédisposants à la chute (grade C).

Les facteurs prédisposants à rechercher sont :

- âge \geq 80 ans ;
- sexe féminin ;
- antécédents (ATCD) de fractures traumatiques : rechercher à l'interrogatoire des ATCD de fractures traumatiques ;
- polymédication (à partir des dernières ordonnances et en automédication) : rechercher plus particulièrement les classes thérapeutiques susceptibles d'induire une chute (psychotropes, hypotenseurs, etc.). Le seuil de plus de 4 médicaments est celui le plus utilisé pour parler de polymédication ;
- prise de psychotropes incluant les benzodiazépines, les hypnotiques, les antidépresseurs et les neuroleptiques : comptabiliser le nombre et la nature des psychotropes, à partir de la lecture des dernières ordonnances et en recherchant la prise de psychotropes en automédication ;
- prise de médicaments cardio-vasculaires : il faut rechercher la prise de diurétiques, de digoxine ou d'antiarythmique de classe I ;
- présence d'un trouble de la marche et/ou de l'équilibre : évaluer ces troubles à l'aide de deux tests cliniques :
 - le *timed up & go test* : une anomalie est retenue si le score au *timed up & go test* est \geq 20 secondes,
 - la station unipodale : une anomalie est retenue si la personne ne peut pas se maintenir sur une jambe au-delà de 5 secondes ;
- diminution de la force et/ou de la puissance musculaire des membres inférieurs : évaluer ces troubles en :
 - examinant la capacité à se relever d'une chaise sans l'aide des mains,
 - appréciant l'état nutritionnel global en calculant l'index de masse corporelle (poids[kg]/taille[m²], une valeur $<$ 21 étant retenue comme un critère de dénutrition) et en recherchant la notion de perte de poids récente (une perte de poids \geq 5 % en 1 mois ou \geq 10 % en 6 mois indiquant une dénutrition) ;
- arthrose des membres inférieurs et/ou du rachis : rechercher systématiquement des déformations articulaires et/ou des douleurs de caractère mécanique du rachis et/ou des membres inférieurs, en particulier une raideur des chevilles ;
- anomalie des pieds incluant les déformations des orteils et les durillons : examiner systématiquement les pieds et le chaussage ;
- troubles de la sensibilité des membres inférieurs : rechercher à l'aide d'un monofilament au niveau de la voûte plantaire et d'un diapason en le plaçant au niveau de la malléole externe de la cheville ;

- baisse de l'acuité visuelle : tester l'acuité visuelle avec les échelles de Monnoyer et/ou de Parinaud ;
- syndrome dépressif : dépister un état dépressif avec l'échelle de dépression gériatrique à quatre items (Mini GDS : un résultat négatif permet d'écarter le diagnostic de dépression ; un résultat positif doit conduire à une recherche plus détaillée des symptômes de dépression) ;
- déclin cognitif : rechercher un déclin cognitif à l'aide du test MMSE (déclin suspecté par un score < 27/30) ou d'un test plus bref d'évaluation cognitive disponible en langue française : test des cinq mots, test de l'horloge, test Codex.

4.2 Rechercher les facteurs précipitants de la chute

R14. Les facteurs précipitants sont des facteurs qui interviennent ponctuellement dans le mécanisme de la chute. Il est recommandé de rechercher systématiquement les facteurs suivants (grade C) :

- cardio-vasculaires : rechercher les notions de malaise et/ou de perte de connaissance et rechercher une hypotension orthostatique ;
- neurologiques : rechercher l'existence d'un déficit neurologique sensitivomoteur de topographie vasculaire constitué ou transitoire, et d'une confusion mentale ;
- vestibulaires : rechercher la notion de vertige à l'interrogatoire et une latéro-déviations au test de Romberg ;
- métaboliques : rechercher une hyponatrémie, une hypoglycémie et la prise de médicaments hypoglycémisants ;
- environnementaux : examiner l'éclairage, l'encombrement et la configuration du lieu de vie, ainsi que le chaussage.

4.3 Examens paracliniques à demander lors d'un bilan de chutes répétées

R15. Il est recommandé de réaliser les examens suivants :

- ionogramme sanguin à la recherche d'une hyponatrémie ;
- dosage sérique de la vitamine D (25OHD) ;
- hémogramme en cas de signes d'appel d'anémie ;
- ECG en cas de signes d'appel cardiaques ;
- dosage de l'HbA1c chez les personnes diabétiques.

R16. Il n'est pas utile de réaliser à titre systématique les examens suivants : EEG, imagerie cérébrale, examen écho-Doppler des artères cérébrales, Holter-ECG des 24 heures, échographie cardiaque.

Ces examens ne sont réalisés qu'en fonction d'indications guidées par les données de l'évaluation clinique et de l'ECG.

5 Quelles sont les interventions permettant de prévenir la récurrence des chutes et leurs complications chez une personne âgée faisant des chutes répétées ?

R17. Il est recommandé de proposer une évaluation multifactorielle, première étape de toute démarche visant à prendre en charge une personne âgée qui fait des chutes répétées. Cette évaluation doit reposer sur l'utilisation de tests validés et standardisés.

R18. Il est recommandé de proposer à toute personne faisant des chutes répétées, quel que soit son lieu de vie, une intervention associant plusieurs axes de prise en charge qui sont (grade C) :

- la révision si possible de la prescription des médicaments, si la personne prend un médicament associé au risque de chute et/ou si la personne est polymédicamentée ;
- la correction ou le traitement des facteurs prédisposants ou précipitants modifiables (incluant les facteurs environnementaux de risque de chute) ;
- le port des chaussures à talons larges et bas (2 à 3 cm), à semelles fines et fermes avec une tige remontant haut ;
- la pratique régulière de la marche et/ou toute autre activité physique ;
- un apport calcique alimentaire compris entre 1 et 1,5 gramme par jour ;
- l'utilisation d'une aide technique à la marche adaptée au trouble locomoteur identifié ;
- la correction d'une éventuelle carence en vitamine D par un apport journalier d'au moins 800 UI.

R19. En cas d'ostéoporose avérée, il est recommandé de débiter un traitement anti-ostéoporotique².

R20. L'éducation de la personne âgée faisant des chutes répétées et de ses aidants est nécessaire à la mise en œuvre de la prise en charge.

R21. Les données de la littérature ne permettent pas de conclure à un intérêt des protecteurs de hanche pour la prévention des fractures de l'extrémité supérieure du fémur, en raison, principalement, d'une mauvaise acceptabilité du dispositif et d'une mauvaise observance sur le long terme³.

R22. Lors d'un trouble de la marche et/ou de l'équilibre, il est recommandé de prescrire des séances de kinésithérapie incluant :

- un travail de l'équilibre postural statique et dynamique ;
- un renforcement de la force et de la puissance musculaire des membres inférieurs (grade C).

D'autres techniques, incluant la stimulation des afférences sensorielles ou l'apprentissage du relevé du sol, peuvent être aussi proposées.

Ces interventions peuvent impliquer d'autres professionnels de la rééducation, tels que les ergothérapeutes et les psychomotriciens.

Ces pratiques doivent être régulières avec des exercices d'intensité faible à modérée (grade C).

R23. Il est recommandé de poursuivre des exercices en autorééducation, entre et après les séances, encadrés par un professionnel, afin de prolonger les acquis de la rééducation dans la vie quotidienne (grade C).

² Cf. recommandations <http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/ostemrec.htm> et argumentaire: <http://afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/ostemarg.htm>

³ Cf. avis de la Commission d'évaluation des produits et prestations : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cepp_-_1275_hips.pdf

Annexe 2 : Guide d'entretien semi dirigé

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI DIRIGE

I) Premier temps : Présentation de l'enquêteur, de l'enquête, de l'enquêté :

A. L'enquêteur

« Bonjour, je suis interne en médecine générale à la faculté de médecine de Rouen. »

B. L'enquête

- Cadre : « L'enquête s'inscrit dans le cadre de la réalisation de ma thèse de doctorat en médecine générale. »
- Objectif : « L'étude tend à rechercher le comportement et les difficultés des médecins généralistes faces à la chute au domicile d'une personne âgée. Recueillir votre avis concernant recommandations HAS.
- Justification : « La chute de la personne âgée de plus de 65 ans est responsable de 9300 décès par an. Le médecin généraliste a un rôle cible dans la prévention secondaire. Il existe des recommandations HAS. »
- Méthodes : « Je réalise des entretiens semi dirigés avec des médecins généralistes de la région pour connaître votre pratique face à une chute sans gravité d'une personne âgée. Puis dans un deuxième temps, je souhaite connaître votre avis concernant la faisabilité en pratique courante des recommandations HAS. »

C. L'enquêté

« Je tiens tout d'abord à vous remercier de participer à l'étude. »

« Commençons par des informations générales vous concernant : »

1) Etat civil :

- « Quel âge avez-vous ? »
- « Êtes-vous un homme ou une femme ? »

2) Activité et patientèle :

- « Votre activité est elle majoritairement rurale ou urbaine ? »
- Votre patientèle comporte-t-elle au moins 1/3 de personnes âgées (>65 ans) ? »
- « Depuis combien de temps êtes vous installé ? »
- « Combien réalisez-vous de visites au domicile par jour en moyenne ? »
- « Dans les 3 mois précédents, avez-vous été sollicité pour une chute au domicile sans critère de gravité ? »
- « Avez vous vu le patient au cabinet ou au domicile ? »

3) Formation complémentaire :

- « Avez vous une formation complémentaire en gériatrie (DU, capacité) ? »
- « Exercez-vous en EHPAD ? »
- « Suivez-vous régulièrement les FMC ? »

4) Etat des connaissances :

- « A votre avis quel est le pourcentage de chuteurs chez les plus de 65 ans ? »
- « A votre avis quel est le pourcentage de chuteurs chez les plus de 85 ans ? »
- « La chute est-elle à prédominance "mécanique" ? »
- « Avez-vous connaissance des recommandation HAS concernant la chute d'une personne âgée ? »

II) Deuxième temps : Attitude du médecin généraliste face à une chute sans gravité et sans malaise :

« Devant une chute sans critère de gravité et sans malaise, quelle est votre attitude ? »

a) Recours au spécialiste :

- « Adressez vous le patient aux urgences ? »
- « Adressez vous le patient à un spécialiste ? Lequel ? »

Pour ces deux items en faire préciser les raisons.

b) Prise en charge ambulatoire :

- « Que recherchez-vous en terme de facteur de risque de chute ? »
- Lorsqu'un examen fonctionnel (analyse de la marche, recherche de troubles cognitifs) est

mentionné faire détailler le déroulement de sa réalisation.

- « Que réalisez-vous au cours de votre examen clinique ? »

Faire préciser le déroulement de la recherche d'hypotension orthostatique.

- « Quelles mesures de prévention des récives mettez-vous en place ? »

c) Conclusion du 1^{er} entretien

- « Je vous remercie d'avoir répondu à ces questions »
- « Si vous êtes d'accord, je me permettrais de vous recontacter dans quelques semaines afin de recueillir vos impressions sur la faisabilité des recommandations HAS concernant les chutes »
- « Merci »

III) Troisième temps : Deuxième entretien 2 à 3 semaines après envoi des recommandations HAS.

a) Rappel

Je rappelle les principes, les objectifs et les modalités de l'étude

b) Suite de l'enquête : faisabilité des recommandations HAS

1) Faisabilité

- « Que pensez-vous de la faisabilité de ces recommandations en pratique courante ? »

2) Raisons

- « Pourquoi ? »
- Faire préciser les freins potentiels à l'application des recommandations.

c) Conclusion du 2^{ème} entretien

- « Je vous remercie de votre disponibilité. »
- « Bonne journée. »

Annexe 3 : Timed up and go test

Le patient est assis dans un siège bas (pas de fauteuil trop profond) qui comporte des accoudoirs.

Une marque est placée sur le sol à 3 mètres.

- **Observer : le patient a-t-il besoin de pousser sur les accoudoirs, ou non ?**
- **Observer : le patient se penche-t-il en avant normalement au moment de se lever, ou se rejette-t-il en arrière ?**
- **Chronométrer : le test exécuté en 20 sec ou plus ?**

Observations lors du test « Get up and go ».

<u>Etape</u>	<u>Observations</u>	<u>Cotation</u>
<u>Se lever du siège</u>	Patient se rejette en arrière ?	-4
	Se penche-t-il en avant de manière anormale ?	0
	Obligé de s'aider des accoudoirs ?	-2
	Se lève d'un seul élan	0
	Besoin de deux ou trois essais	-1
<u>Marcher devant soi 3mètres</u>	Marche rectiligne, sans détours	0
	Méandres prononcés	-1
<u>Faire demi-tour rapidement</u>	Capable de pivoter sur place ?	0
	Obligation d'exécuter plusieurs pas successifs ?	-3
<u>Retourner s'asseoir</u>	Descend avec contrôle de la flexion des genoux ?	0
	Se laisse tomber dès que la flexion atteint 30° ?	-4

Observer la stratégie utilisée pour se lever. Trois stratégies sont possibles :

1. Stratégie de dominance verticale : la flexion du tronc s'arrête dès que commence la poussée verticale des genoux. **Normal**
2. Exagération de la flexion du tronc : il s'agit d'une stratégie de stabilisation par augmentation marquée de la flexion du tronc juste avant de se lever, ce qui place le centre de gravité au-dessus des pieds et résulte en un redressement tardif du tronc. **Perturbé**
3. Stratégie de Transfert de moment : la partie haute du corps est lancée en avant, déterminant un transfert de moment de l'horizontal vers le moment vertical. **Très perturbé**

Se lever demande une accélération verticale du tronc, pour cette raison la stabilité dynamique est étroitement corrélée avec la force du Quadriceps, et les personnes affaiblies éprouvent une difficulté à se lever et de l'instabilité. Une force accrue dans le quadriceps permet de bénéficier d'une meilleure stabilité dynamique. (Podsiadlo D, Richardson S: The timed « up and go »: a test of basic functional mobility for frail elderly persons J Am Geriat Soc 1991; 39: 142-148)

Annexe 4 : Appui unipodal

Ce test est une mesure de l'équilibre validé et fiable pour les personnes âgées (*Bohannon et al., Briggs et al., Vellas et al., Franchignoni et al.*). Il s'agit d'un test rapide et facile. L'évaluation de la qualité et du temps maximal de l'appui unipodal (sur une seule jambe) est un paramètre observé dans la plupart des tests portant sur la marche et l'équilibre.

- Positionner le sujet à un bras de distance du mur.
- Demander au patient de mettre les mains sur les hanches et de garder cette position durant toute la durée du test.
- Lui expliquer qu'il aura à se tenir sur la jambe de son choix en levant son autre pied à mi-mollet et à conserver cette position le plus longtemps possible sans prendre appui (possibilité de faire une démonstration). Le pied levé ne doit pas toucher le mollet de la jambe d'appui.
- S'assurer que le pied qui doit être levé est bien dégagé du sol (le genou doit être plié).
- Commencer à chronométrer dès que le patient soulève la jambe du sol.
- Cesser de chronométrer si le patient pose le pied au sol, s'il modifie la position de ses bras, s'il a gardé la position pendant 5 secondes.
- Faire 2 ou 3 essais.

Les patients qui ne parviennent pas à se maintenir durant 5 secondes sur un pied ont un risque de chute élevé.

Annexe 5 : Echelle ADL¹

ADL = Activity of Daily Living (Indice de Katz) = activité de la vie quotidienne
Côté de 0 à 6

Hygiène corporelle

- autonomie..... 1
- aide partielle.....0,5
- dépendant.....0

Habillage

- autonomie pour le choix des vêtements et l'habillage.....1
- autonomie pour le choix des vêtements, l'habillage mais a besoin d'aide pour se chausser.....0,5
- dépendant.....0

Toilettes

- autonomie pour aller aux toilettes, se déshabiller et se rhabiller1
- doit être accompagné ou a besoin d'aide pour se déshabiller et se rhabiller.....0,5
- ne peut aller aux toilettes seul.....0

Locomotion

- autonomie.....1
- a besoin d'aide.....0,5
- grabataire.....0

Continence

- continent.....1
- incontinence occasionnelle.....0,5
- incontinent.....0

Repas

- mange seul.....1
- aide pour couper la viande ou peler les fruits.....0,5
- dépendant.....0

¹(Katz S, Downtn TD, Cash HR. Progress in development of the index of ADL. Gerontologist 1970; 10: 20-30)

Annexe 6 : Mini Mental State Examination (MMSE)

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

Orientation

/ 10

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

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

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

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

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

Apprentissage

/ 3

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

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

Répéter les 3 mots.

Attention et calcul

/ 5

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

- | | | |
|-----|----|--------------------------|
| 14. | 93 | <input type="checkbox"/> |
| 15. | 86 | <input type="checkbox"/> |
| 16. | 79 | <input type="checkbox"/> |
| 17. | 72 | <input type="checkbox"/> |
| 18. | 65 | <input type="checkbox"/> |

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

Rappel

/ 3

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

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

Langage

/ 8

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

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

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

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

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

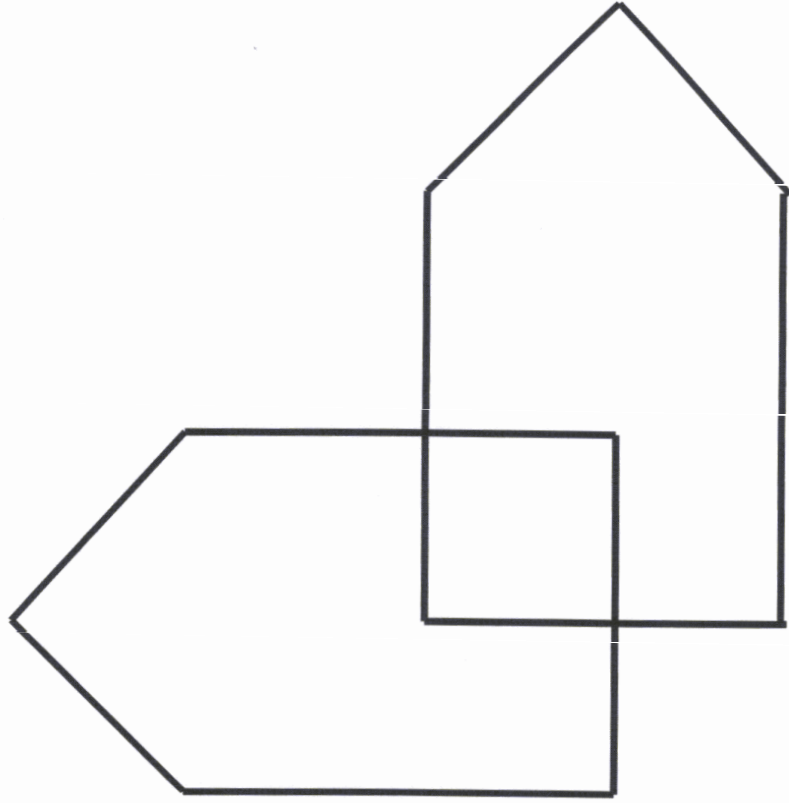
29. « Voulez-vous m'écrire une phrase, ce que vous voulez, mais une phrase entière. »*****

Praxies constructives

/ 1

Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander : 30. « Voulez-vous recopier ce dessin ? »

« FERMEZ LES YEUX »



Titre 1 Devoirs généraux des médecins

Article 2

Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité.

Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

Article 3

Le médecin doit, en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine.

Article 4

Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi.

Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

Article 5

Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

Article 6

Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit.

Article 7

Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.

Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances.

Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.

Article 8

Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.

Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles.

Article 9

Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires.

Article 10

Un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, serait-ce par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité.

S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, il doit, sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer l'autorité judiciaire.

Toutefois, s'il s'agit des personnes mentionnées au deuxième alinéa de l'article 44, l'accord des intéressés n'est pas nécessaire.

Article 11

Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue.

Code de déontologie médicale

Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles.

Article 12

Le médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire.

La collecte, l'enregistrement, le traitement et la transmission d'informations nominatives ou indirectement nominatives sont autorisés dans les conditions prévues par la loi.

Article 13

Lorsque le médecin participe à une action d'information du public de caractère éducatif et sanitaire, quel qu'en soit le moyen de diffusion, il doit ne faire état que de données confirmées, faire preuve de prudence et avoir le souci des répercussions de ses propos auprès du public. Il doit se garder à cette occasion de toute attitude publicitaire, soit personnelle, soit en faveur des organismes où il exerce ou auxquels il prête son concours, soit en faveur d'une cause qui ne soit pas d'intérêt général.

Article 14

Les médecins ne doivent pas divulguer dans les milieux médicaux un procédé nouveau de diagnostic ou de traitement insuffisamment éprouvé sans accompagner leur communication des réserves qui s'imposent. Ils ne doivent pas faire une telle divulgation dans le public non médical.

Article 15

Le médecin ne peut participer à des recherches biomédicales sur les personnes que dans les conditions prévues par la loi; il doit s'assurer de la régularité et de la pertinence de ces recherches ainsi que de l'objectivité de leurs conclusions.

Le médecin traitant qui participe à une recherche biomédicale en tant qu'investigateur doit veiller à ce que la réalisation de l'étude n'altère ni la relation de confiance qui le lie au patient ni la continuité des soins.

Article 16

La collecte de sang ainsi que les prélèvements d'organes, de tissus, de cellules ou d'autres produits du corps humain sur la personne vivante ou décédée ne peuvent être pratiqués que dans les cas et les conditions définis par la loi.

Article 17

Le médecin ne peut pratiquer un acte d'assistance médicale à la procréation que dans les cas et conditions prévus par la loi.

Article 18

Un médecin ne peut pratiquer une interruption volontaire de grossesse que dans les cas et les conditions prévus par la loi; il est toujours libre de s'y refuser et doit en informer l'intéressée dans les conditions et délais prévus par la loi.

Article 19

La médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce.

Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité et notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale.

Article 20

Le médecin doit veiller à l'usage qui est fait de son nom, de sa qualité ou de ses déclarations.

Il ne doit pas tolérer que les organismes, publics ou privés, où il exerce ou auxquels il prête son concours utilisent à des fins publicitaires son nom ou son activité professionnelle.

Article 21

Il est interdit aux médecins, sauf dérogations accordées dans les conditions prévues par la loi, de distribuer à des fins lucratives des remèdes, appareils ou produits présentés comme ayant un intérêt pour la santé.

Il leur est interdit de délivrer des médicaments non autorisés.

Annexe 8 : Grille AGREE

Champ et objectif(s) de la RPC

1. L'(les) objectif(s) de la RPC est (sont) décrit(s) explicitement.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

2. La (les) question(s) clinique(s) couverte(s) par la RPC est(sont) décrite(s) explicitement.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

3. Les patients auxquels la RPC doit s'appliquer sont décrits explicitement.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

Participation des groupes concernés

4. Le groupe ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

5. Les opinions et les préférences des patients ont été identifiées.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

6. Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

7. La RPC a été testée auprès des utilisateurs cibles.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

Rigueur d'élaboration de la RPC

8. Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

9. Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

10. Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

11. Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en terme de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

12. Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

13. La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

14. Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

Clarté et présentation

15. Les recommandations sont précises et sans ambiguïté.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

16. Les différentes options pour la prise en charge de la situation clinique sont clairement présentées.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

17. Les recommandations clés sont facilement identifiables.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

18. La RPC est accompagnée d'outils permettant son application.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

Applicabilité

19. Les barrières organisationnelles potentielles à l'application des recommandations ont été discutées.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

20. L'impact économique de l'application des recommandations a été examiné.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

21. La RPC propose des critères permettant le suivi de l'adhésion aux recommandations et/ou la réalisation d'audit.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

Indépendance éditoriale

22. La rédaction de la RPC est indépendante des organismes de financement.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

23. Les conflits d'intérêts des membres du groupe ayant élaboré la RPC ont été documentés.

Tout à fait d'accord

4	3	2	1
---	---	---	---

 Pas du tout d'accord

Commentaires

Évaluation globale

Recommanderiez-vous l'utilisation de ces RPC en pratique ?

Fortement recommandé

Recommandé avec certaines réserves ou après modifications

Non recommandé

Incertain

Annexe 9 : Questionnaire composé de 16 questions standardisées en cas de chutes répétées

Que faire face à une personne âgée faisant des chutes répétées ?

1^{re} étape Rechercher les signes de gravité

Patient de plus de 65 ans ayant fait plus de deux chutes au cours des 12 derniers mois

↪ Entretien avec le patient :

- ↪ la chute a-t-elle occasionné un traumatisme physique ?
- ↪ êtes-vous resté(e) au sol plus d'une heure ?
- ↪ avez-vous pu vous relever seul ?
- ↪ avez-vous pu vous tenir debout sans aide après la chute ?
- ↪ avez-vous peur de faire une nouvelle chute ?
- ↪ avez-vous ressenti un malaise ou un vertige au moment de la chute ?
- ↪ avez-vous perdu connaissance ?
- ↪ avez-vous eu de la fièvre ou une pathologie infectieuse avant la chute ?
- ↪ prenez-vous un anticoagulant ?
- ↪ prenez-vous un médicament hypoglycémiant ?
- ↪ tombez-vous plus fréquemment ces dernières semaines ?
- ↪ souffrez-vous d'ostéoporose sévère ?
- ↪ vivez-vous seul(e) ? avez-vous une aide à domicile ?

↪ Examen clinique :

- ↪ recherche de douleurs aiguës
- ↪ examen de la capacité à rester stable debout
- ↪ tests de la station unipodale et « *timed up & go* »
- ↪ auscultation du cœur et des poumons
- ↪ prise de la tension
- ↪ test de Romberg
- ↪ prise de la température corporelle
- ↪ et, éventuellement, prescription **en fonction des signes d'appel** de : radiographies osseuses, dosage des CPK et de la créatine sérique, ECG, glycémie...

L'imagerie cérébrale ne doit pas être réalisée à titre systématique. Son indication dépend des données cliniques.

2^e étape Rechercher les facteurs de risque

↪ Entretien avec le patient :

- ↪ quel âge avez-vous ?
- ↪ avez-vous déjà eu des fractures traumatiques ?
- ↪ quels traitements prenez-vous ?
- ↪ votre lieu de vie est-il suffisamment éclairé ?
- ↪ n'est-il pas trop encombré ?

↪ Examen clinique :

- ↪ évaluation de la capacité à se relever d'une chaise sans l'aide des mains
- ↪ calcul de l'IMC
- ↪ recherche de troubles articulaires
- ↪ examen des pieds et du chaussage
- ↪ monofilament sur la voûte plantaire et diapason sur la malléole externe de la cheville
- ↪ examen de l'acuité visuelle
- ↪ test mini-GDS
- ↪ test MMSE
- ↪ et, éventuellement, prescription **en fonction des signes d'appel** de : ionogramme sanguin, dosage sérique de la vitamine D, hémogramme, ECG, dosage de l'HbA1c...

3^e étape Proposer des mesures de prévention adaptées

Réévaluation des prescriptions médicamenteuses actuelles, adaptation du lieu de vie et du chaussage, utilisation d'une canne, incitation à l'activité physique, séance de kinésithérapie, augmentation des apports de calcium et de vitamine D...

Infographie: Fabrice Mathé

Annexe 10 : Verbatim

Entretiens médecin A

1^{ère} partie :

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale à la faculté de médecine de Rouen. Je réalise une enquête qui s'inscrit dans le cadre de la réalisation de ma thèse de doctorat en médecine générale. L'étude tend à rechercher le comportement et les difficultés des médecins généralistes face à la chute au domicile d'une personne âgée. La chute de la personne âgée est responsable de 9 300 décès par an. Le médecin généraliste a un rôle cible primordial de prévention secondaire. Il existe des recommandations H.A.S. Je réalise des entretiens semi dirigés avec des médecins généralistes de la région pour connaître votre pratique face à une chute sans gravité d'une personne âgée. Puis dans un deuxième temps, si vous êtes d'accord, je souhaite connaître votre avis concernant la faisabilité en pratique courante des recommandations H.A.S.

Je tiens tout d'abord à vous remercier de participer à l'étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

Quel âge avez-vous ?

J'ai 37 ans

Etes vous un homme ou une femme ?

Une femme

Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ?

Urbaine

Dans votre patientèle, quelle est la proportion de personnes âgées ?

Oh, je dirai 40% de personnes âgées.

Depuis combien de temps êtes vous installée ?

Eh bien cela doit faire 10 ans.

Combien faites vous de visites à domicile par jour ?

C'est variable, en moyenne je dirai 3.

Dans les trois précédents vous a-t-on sollicité pour une chute au domicile sans critère de gravité ?

(Silence) euh oui.

L'avez-vous vue au cabinet ou à domicile ?

Je l'ai vue à domicile.

Avez-vous une formation complémentaire en gériatrie comme un diplôme universitaire ou une capacité ?

Non.

Exercez vous en EHPAD ?

Non plus.

Suivez vous régulièrement des FMC ?

Oui

A votre avis quel est le pourcentage de chuteur chez les plus de 65 ans ?

(Silence) je ne sais pas heu...à peu près 30 %.

A votre avis quel est le pourcentage de chuteur chez les plus de 85 ans ?

Ca doit être plus euh...60 %

La chute est elle à prédominance mécanique selon vous ?

Non elle n'est pas uniquement mécanique.

Avez-vous connaissance des recommandations H.A.S concernant la chute d'une personne âgée ?

Pour être honnête je sais qu'elles existent mais non je ne les ai pas lues.

Devant une chute sans gravité ni arguments pour malaises quelle sera votre attitude ? Adressez vous le patient aux urgences ?

Non, s'il n'y a pas de critères de gravité non.

Adressez vous le patient à un spécialiste ?

Non je pense être capable de gérer la situation (rires).

Donc vous prenez en charge le patient en ambulatoire, que recherchez vous en terme de facteur de risque de chute ?

(Silence, réflexion)

Je demande s'il y a antécédents de chute, si le patient a de l'arthrose, ou alors s'il présente une maladie d'Alzheimer ou autre démence. Ensuite je recherche la présence de iatrogénie avec un traitement psychotrope comprenant ... des benzodiazépines ou des anti-dépresseurs éventuellement des morphiniques et (Silence) étant donné que j'ai vu à domicile je demande au niveau de l'environnement s'il y a un éclairage adapté ou s'il y a des tapis qui peuvent faire chuter.

Que réalisez-vous au cours de votre examen clinique ?

J'ausculte le cœur, je recherche les signes d'insuffisance cardiaque, je recherche une hypotension statique, je fais un examen neurologique des jambes.

Quelles mesures de prévention des récidives mettez-vous en place ?

Alors (Silence) j'aménage l'environnement, j'enlève les tapis enfin je fais retirer les tapis, j'essaie de voir si l'on ne peut pas installer une luminosité suffisante, je propose une canne ou un déambulateur si c'est nécessaire, je fais venir un kinésithérapeute à domicile pour une rééducation à la marche, une infirmière pour gérer les médicaments et puis ... (Silence) je pense que ça suffit.

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions

Je me permets de vous recontacter dans quelques semaines afin de recueillir vos impressions sur la faisabilité des recommandations HAS concernant les chutes

Merci encore et bonne journée.

Il n'y a pas de quoi

2^{ème} partie :

Je vous ai envoyé les recommandations HAS concernant la chute à domicile de la personne âgée.

En avez-vous pris connaissance ?

Oui, en effet, j'en ai pris connaissance.

Que pensez-vous de la faisabilité de ces recommandations en pratique courante ?

En pratique courante cela paraît très difficile de pouvoir les appliquer.

Pouvez-vous développer et me dire pourquoi ?

Si on appliquait tout cela prendrait beaucoup trop de temps. Je pense sincèrement que cela ne sert à rien de faire tout c'est juste du bon sens.

L'examen clinique personnellement je le fais point d'appel (silence) euh ; Je ne vais pas faire une batterie d'examen cliniques euh uniquement pour une seule chute notamment si c'est une chute par maladresse ; Attention je ne mets pas en doute l'utilité de ces recommandations je pense juste que elles sont peut-être un peu trop complètes pour la pratique courante d'un médecin généraliste.

Voyez-vous d'autres raisons qui pourraient faire que ces recommandations ne sont pas applicables en pratique courante ?

Et bien j'ai en tête l'évaluation visuelle. Ça paraît difficile de contacter un ophtalmo en cas de baisse de la vision et d'organiser un peu tout ça. C'est un peu compliqué euh je pense vraiment que euh qu'on peut pas tout appliquer. Je pense que nous appliquons déjà pas mal de ces recommandations en pratique courante, de là à penser qu'on devrait tout appliquer, je suis sincèrement pas convaincue que tout est applicable ni même que tout devrait être appliqué.

Pouvez-vous développer ?

Je pense que je viens de le faire il ne faut pas oublier que l'on doit faire attention à l'hypertension au risque cardiovasculaire euh à tout un tas de pathologies euh aussi importante que la chute et que c'est vrai que la chute n'est pas une priorité même si comme tu l'as dit au départ c'est responsable de plus de plus de de 9 000 9 000 je ne sais plus combien tu as dit ?

9 300

Oui c'est ça.

9 300 décès donc je suis d'accord c'est important mais y a beaucoup de pathologies à gérer en ville et euh et c'est tout simplement pas possible de pouvoir tout gérer tout ça d'un seul coup sans euh sans laisser passer quelques éléments euh après encore une fois je pense qu'on réussit à appliquer pas mal de choses.

Merci beaucoup d'avoir répondu à mes questions et pour votre disponibilité.

De rien.

Au revoir, bonne journée.

A toi aussi

Entretiens médecin B

1^{er} entretien :

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale à la faculté de médecine de Rouen. L'enquête qui suit s'inscrit dans le cadre de la réalisation de ma thèse de doctorat en médecine générale. L'étude tend à rechercher le comportement et les difficultés des médecins généralistes face à la chute au domicile d'une personne âgée. La chute d'une personne âgée est responsable de 9 300 décès par an en France. Le médecin généraliste a un rôle cible primordial dans la prévention secondaire. Il existe des recommandations H.A.S concernant la chute. Je réalise des entretiens semi dirigés avec des médecins généralistes de la région pour connaître votre pratique face à une chute sans gravité d'une personne âgée, puis dans un deuxième temps, je souhaite connaître votre avis concernant la faisabilité en pratique courante des recommandations H.A.S.

Je tiens tout d'abord à vous remercier de participer à l'étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

Quel âge avez-vous ?

J'ai 52 ans.

Etes vous un homme ou une femme ?

Je pense que ça s'entend (rires) je suis un homme.

Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ?

Je suis en ville hein majoritairement urbaine euh) voire exclusivement urbaine.

Combien comporte votre patientèle de personnes âgées ?

Je ne sais pas.

Environ en pourcentage ?

Je n'en ai pas beaucoup, j'ai plutôt une population jeune oh je dirai à peine 20 %.

Depuis combien de temps êtes vous installé ?

Ca fait, ça fait..... 17 ans déjà !!!

Combien faites vous de visites au domicile par jour environ ?

Hum.... pas beaucoup cela varie entre une, une et deux

Dans les trois mois précédents vous a-t-on sollicité pour une chute à domicile d'une personne âgée sans aucun critère de gravité ?

Je ne m'en souviens pas.

Avez-vous une formation complémentaire en gériatrie.

Absolument pas.

Exercez vous en EHPAD ?

Non.

Suivez vous régulièrement des FMC ?

Oui oui plus ou moins régulièrement.

J'ai quelques questions concernant vos connaissances à propos de la gériatrie surtout à propos de la chute.

A votre avis quel est le pourcentage de chuteur chez les plus de 65 ans ?

Bo c'est pas facile, je dirai un peu moins de la moitié, 40 %.

D'accord et à votre avis quel est le pourcentage de chuteur chez les plus de 85 ans ?

Oh là c'est largement supérieur hein euh 60 % environ.

A votre avis la chute est elle à prédominance mécanique ?

Non non, il y a pleins de facteurs qui interviennent.

D'accord. Alors, maintenant, devant une chute sans critère de gravité ni arguments pour un malaise, chute bénigne chez une personne de plus de 65 ans. Quelle est votre attitude ?

D'abord adressez vous le patient ou la patiente aux urgences ?

S'il n'y a pas de critère de gravité non, je ne vois pas pourquoi.

Adressez vous le patient à un spécialiste ?

Ben (rires) ben non je peux, je peux gérer une chute.

Vous prenez donc le patient en ambulatoire comme vous l'avez dit ?

Que recherchez vous en terme de facteur de risque de chute ?

En premier lieu, je cherche s'il y a déjà eu chute. Dans les antécédents je recherche également une coxarthrose, une gonarthrose. Normalement, je dois le savoir....si c'est un patient que je connais hein c'est bien ça ? Oui oui c'est un patient que vous pouvez connaître, en effet.

En général les antécédents on les connaît, on sait s'il y a eu chute, on sait s'il y a s'il y a une arthrose aussi. D'accord. Poursuivez, s'il vous plaît.

Euh je recherche s'il existe des troubles neuromusculaires au niveau des jambes, ça pourrait entraîner une chute, surtout une récurrence et puis la sensibilité, la sensibilité, la sensibilité des membres inférieurs, les troubles proprioceptifs euh euh qui peuvent, le diabète avec les neuropathies cela peut créer euh des anomalies de sensation et et donc des chutes, je pense.

D'accord. Voyez vous autre chose ?

Là comme ça, tout de suite j'avoue que non.

Très bien. Passons à l'examen clinique. Que réalisez vous au cours de votre examen clinique ?

Les constantes, je prends une tension, ensuite euh j'écoute le cœur, je fais un examen neurologique, notamment au niveau des jambes, les réflexes, les troubles moteurs, rechercher les troubles sensitifs, (silence) euh (silence)

C'est tout ?

Je pense que c'est déjà pas mal !!! (rire) non !!!

Très bien. Ensuite, quelles mesures de préventions des récurrences mettez vous en place à domicile ?

(silence) Pas simple ta question. (silence) s'il y a des troubles de la marche, éventuellement, je peux prescrire une kinésithérapie et de rééducation à la marche hum (silence) vraiment pas facile ta question hein (silence) alors euh qu'est ce que je peux faire ?(silence) C'est tout.

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Je me permets de vous recontacter dans quelques semaines afin de recueillir vos impressions sur la faisabilité des recommandations H.A.S concernant les chutes. Merci encore et bonne journée.

2^{ème} entretien :

Je vous résume brièvement, les principes, les objectifs, les modalités de l'étude

Alors avez-vous pris connaissances des recommandations que je vous ai fait parvenir ?

Oui, je les ai regardé attentivement.

Que pensez vous de la faisabilité de ces recommandations dans la pratique courante ?

Alors, comment dire ? Techniquement, je pense qu'il est impossible de réaliser ces recommandations, cela prendrait beaucoup de temps, ce n'est pas possible. Il y a trop de choses à faire. Les tests de la marche, je, je ne les utilise pas personnellement, je pense que c'est plutôt du ressort des spécialistes, des gériatres. En médecine de ville, je ne pense pas que se soit réalisé. Faire un examen, un examen des membres inférieurs, neuromusculaire, éventuellement, on regarde comment le patient ou la patiente marche mais on a pas, on a pas, ce protocole standardisé euh tout simplement parce que je pense que cela prendrait trop de temps puis euh au niveau formation euh , je pense pas avoir lu, ni formé sur ces tests. Après, on pourrait reprendre item par item ?

Non, non je pense enfin que ma thèse a pour objectif vraiment sur la globalité. C'est pas item par item. Après, si vous avez des idées des items qui vous, dont vous voulez discuter, d'accord mais pas forcément item par item, soit c'est faisable, soit ça ne l'ai pas. C'est juste une impression globale sur ces recommandations. Quels sont les principaux freins ?

Ben le principal frein, c'est le temps hein !!!

Très bien. Avez-vous d'autres remarques sur ces recommandations ?

Oh non je pense que j'ai tout dit.

Très bien. Et bien écoutez, je vous remercie encore pour votre disponibilité et votre gentillesse et je vous souhaite une très bonne journée. Au revoir

Entretiens médecin C

1^{er} entretien :

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale à la faculté de médecine de Rouen. L'enquête qui s'inscrit dans le cadre de la réalisation de ma thèse de doctorat en médecine générale. L'étude tend à rechercher le comportement et les difficultés des médecins généralistes face à la chute au domicile d'une personne âgée. La chute d'une personne âgée de plus de 65 ans est responsable de 9 300 décès par an. Le médecin généraliste a un rôle cible primordial de prévention secondaire. Il existe des recommandations H.A.S. Je réalise donc des entretiens semi dirigés avec des médecins généralistes de la région pour connaître votre pratique face à une chute sans gravité d'une personne âgée, puis dans un deuxième temps, je souhaite connaître votre avis concernant la faisabilité en pratique courante des recommandations.

Je tiens d'abord à vous remercier de participer à l'étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

Quel âge avez-vous ?

39 ans.

Etes vous un homme ou une femme ?

Une femme.

Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ?

Très majoritairement urbaine

De combien de pourcentage des personnes âgées votre patientèle est-elle composée?

La moitié ..., la moitié environ..., la moitié...

Depuis combien de temps êtes vous installée ?

Je me suis installée en 2000 donc cela fait 12 ans

Combien faites vous de visites en moyenne par jour ?

Oh c'est assez variable hein euh je dirai euh 4 ou 5 plutôt 4.

Dans les trois mois précédents vous a-t-on sollicité pour une chute au domicile sans aucun critère de gravité chez un patient âgé ?

Oui bien sur, c'est récurrent.

L'avez-vous vue au cabinet ou à domicile ?

Oh c'était une personne qui avait chuté dans sa cour euh et qui était venue au cabinet pour un pour un hématome donc enfin la dernière dont je me souviens c'est ce cas là euh, je l'ai vue au cabinet
D'accord.

Concernant une éventuelle formation complémentaire, avez-vous un diplôme particulier en gériatrie ?

Non.

Exercez vous en EHPAD ?

Oui deux jours par semaine sauf urgences.

D'accord. Suivez vous régulièrement des FMC ?

Oui très régulièrement je suis des FMC.

A votre avis quel est le pourcentage de chuteur chez les plus de 65 ans ?

Hum 50 %, la moitié

Et chez les plus de 85 ans ?

Oh là ça doit être plus 60 %

A votre avis la chute est elle à prédominance mécanique ?

Non. Non il y a plusieurs éléments et multi factoriels

Avez eu connaissances des recommandations H.A.S. concernant la chute d'une personne âgée ?

Non. Non je ne savais pas que ça existait. Honnêtement, je ne savais pas. Je devrais peut être avoir honte ?

Ah non pas du tout ne vous inquiétez pas il n'y a aucun jugement de valeur, cela représente juste une question de notre entretien. Bon ensuite passons à votre attitude pratique. Devant une chute à domicile sans gravité ni arguments pour un malaise quelle est votre attitude ? Est-ce que vous adressez le patient ou la patiente aux urgences ?

Non

Adressez vous le patient à un spécialiste ?

Un spécialiste ?

Oui un gériatre par exemple.

Non

Vous prenez donc le patient ou la patiente en charge en ambulatoire ? Que recherchez vous en terme de facteurs de risque de chutes.

D'accord euh, il faut rechercher s'il existe une démence qu'elle est déjà été dépistée ou non. Si elle n'a pas été dépistée évidemment il faut essayer de la dépister avec quelques questions simples comme la date, le lieu enfin euh le un petit MMS. Il faut rechercher un antécédent de chute, une arthrose de genou, une arthrose de hanche, des troubles neurologiques, qu'ils soient sensitifs ou moteur au niveau des membres inférieurs, surtout au niveau des membres inférieurs. Rechercher aussi le traitement, iatrogénie, s'il y a des benzodiazépines des opioïdes, des anti déprimeurs, euh voilà je pense que c'est tout.

Que réalisez-vous au cours de votre examen clinique ?

Pour commencer, une auscultation des bruits du cœur systématiquement à la recherche d'une arythmie, palpation des pouls périphériques, une recherche d'insuffisance cardiaque et d'insuffisance veineuse, les constantes, une hypotension orthostatique.

Comment la rechercher vous ?

La tension est prise d'abord sur le patient des cubitus dorsal, puis au moment de la station debout puis à 3 mn. (silence) Je recherche également un syndrome post chute ce qui peut être responsable de la chute et s'il y a récédive

Quelles mesures de préventions des récédives mettez vous en place ?

Je réévalue la nécessité sur l'ordonnance des traitements psychotropes euh benzodiazépines ou anti déprimeurs euh j'aménage l'environnement, j'essaie de faire retirer les tapis euh des choses comme ça, regarder s'il y a assez de lumière dans les pièces notamment la salle de bains. Je fais venir un kinésithérapeute à domicile car cela permet une présence et pour une personne seule et isolée c'est important. De plus la kinésithérapie de rééducation à la marche permet à la personne âgée d'acquérir de l'assurance et c'est ce qui nous renvoie à ce que j'ai expliqué tout à l'heure sur les syndromes post chute (silence) voilà ça te vas ?

Ca me va très bien. Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Je me permets de vous recontacter dans quelques semaines afin de recueillir vos impressions sur la faisabilité des recommandations H.A.S concernant les chutes. Merci encore et bonne journée.

2^{ème} entretien :

Avez-vous reçu les recommandations que je vous ai fait parvenir ?

Oui je les ai bien reçues.

En avez-vous pris connaissance ?

Oui tout a fait

Que pensez vous de la faisabilité de ces recommandations en pratique courante ?

Je pense que ces recommandations sont utiles encore faut-il avoir le temps pour pouvoir toutes les réaliser. En plus, j'ai remarqué que le niveau de preuves était insuffisant pour des recommandations H.A.S. Pour moi le grade C de l' H.A.S. ça ne suffit pas à dire que c'est nécessaire; Il peut y avoir une nécessité de réaliser bon nombre de ces recommandations mais euh le grade C limite les recommandations je veux dire qu'il a des recommandations qui ont un niveau de preuves bien supérieures. Et dans ces recommandations, il y a aussi beaucoup de bon sens. En plus j'ai parlé de l'iatrogénie la dernière fois, je me souviens mais concernant les benzodiazépines nos patients ne peuvent pas se séparer de leur traitement quotidien par habitude. La dépendance psychique aux médicaments et le syndrome dépressif ne sont pas pris en compte dans les recommandations, nous nous devons, nous avons le devoir des les prendre en compte et c'est très difficile de diminuer le nombre de médicaments chez une personne âgée compte tenu de cette dépendance.

Si on trouve des anomalies visuelles avec l'échelle de monoyer il faut l'adresser à un ophtalmo. Et les délais de l'ophtalmo dans la région, surtout pour une personne âgée.

Très bien. Avez-vous d'autres remarques sur ces recommandations ?

Oui je comprendrai qu'on n'en applique que la moitié.

Très bien. Et bien écoutez, je vous remercie encore pour votre disponibilité et votre gentillesse et je vous souhaite une très bonne journée. Au revoir

Entretiens médecin D

1^{er} entretien :

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale à la faculté de médecine de Rouen. L'enquête s'inscrit dans le cadre de la réalisation de ma thèse de doctorat en médecine générale. L'étude tend à rechercher le comportement et les difficultés des médecins généralistes face à la chute au domicile d'une personne âgée. La chute d'une personne âgée de plus de 65 ans est responsable de 9 300 décès par an. Le médecin généraliste a un rôle cible primordial de prévention secondaire. Il existe des recommandations H.A.S. Je réalise donc des entretiens semi dirigés avec des médecins généralistes de la région pour connaître votre pratique face à une chute sans gravité d'une personne âgée, puis dans un deuxième temps, je souhaite connaître votre avis concernant la faisabilité des recommandations en pratiques courantes.

Je tiens d'abord à vous remercier de participer à l'étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

Quel âge avez-vous ?

J'ai 58 ans.

Etes vous un homme ou une femme ?

Je suis un homme.

Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ?

Campagne donc majoritairement rurale.

Votre patientèle comporte t-elle des personnes âgées ? Je veux dire à quel pourcentage environ ?

50 % à peu près

Combien faites vous de visites par jour ?

5 en moyenne

Depuis combien de temps êtes vous installé ?

Ohh Une trentaine d'années, 31 ans !

Dans les trois mois précédents vous a-t-on sollicité pour une chute au domicile sans aucun critère de gravité ?

Euh laissez moi réfléchir !!! Oui Il y a une dizaine de jours oui.

L'avez-vous vue au cabinet ou à domicile ?

Je l'ai vu au domicile.

Concernant une éventuelle formation complémentaire, avez-vous une formation particulière en gériatrie notamment ?

Non.

Exercez vous en EHPAD ?

Oui.

D'accord.

Suivez vous régulièrement des FMC ?

Une fois tous les mois en groupe de pairs.

Ensuite quelques petites questions sur l'état de vos connaissances concernant la chute d'une personne âgée.

A votre avis quel est le pourcentage de chuteur chez les plus de 65 ans ?

(silence) c'est euh 50 %

Et chez les plus de 85 ans ?

Beaucoup plus 70 %

A votre avis la chute est elle à prédominance mécanique ?

Non. Non elle est multi factorielle

Avez eu connaissances des recommandations H.A.S. concernant la chute d'une personne âgée ?

Oui j'ai connaissance que de telles recommandations existent.

Les avez-vous lues ?

Non

Maintenant, des informations concernant votre pratique.

Devant une chute d'une personne âgée à domicile sans critère de gravité ni d'arguments de malaise, quelle est votre attitude ? D'abord adressez vous le ou la patiente aux urgences ?

Non, je ne l'hospitalise pas. Je pense qu'il ne faut pas hospitaliser une personne âgée sans critère de gravité parce que l'hospitalisation peut être délétère.

Adressez vous le patient ou la patiente à un spécialiste ? Quelqu'un ?

Non s'il n'y a pas d'élément de gravité je ne l'adresse pas.

Que recherchez vous en terme de facteurs de risque de chute ?

D'abord il faut savoir si c'est la première chute, s'il existe un syndrome dépressif majeur.

Et vous le recherchez comment ?

Bah euh en interrogeant le malade s'il est triste, s'il pleure' s'il pense au suicide.

Très bien ensuite ?

Je recherche dans les antécédents une arthrose. Je l'ai peut être déjà mentionné d'ailleurs.

Non non

Je recherche s'il y a des troubles neurologiques notamment s'il y a des séquelles d'AVC, une anomalie fonctionnelle de la marche euh, je regarde comment il se lève, comment il marche. Pour une marche sans risque il faut une absence d'anomalie neurologique et surtout musculaires. En ce qui concerne la iatrogénie je recherche notamment les benzodiazépines à demi vie longue type bromazepam, les hypnotiques parfois les anti hypertenseurs également qui peuvent créer des hypotensions orthostatiques ensuite euh je regarde si le patient possède un déambulateur, tout ce qui est environnemental il faudra rechercher tous les pièges dans la maison, Ca va ?

Oui oui.

Ensuite passons à la question suivante.

Que réalisez vous au cours de votre examen clinique ?

Les constantes systématiquement. : la tension artérielle le pouls (silence) la température en cas de signe d'appel comme une toux, des brûlures mictionnelles ou des douleurs abdominales. Une hypotension orthostatique

Comment ?

Sur le patient allongé, puis à la station debout puis à 5 minutes de la station debout.

(Silence)

Comme je l'ai dit tout à l'heure je recherche un déficit sensitif et moteur. Un syndrome pyramidal, un syndrome cérébelleux pouvant faire suspecter un AVC comme étiologie de la chute parce que ça peut être l'antécédent qui crée des séquelles qui peuvent empêcher la marche mais il peut également être une étiologie propre ou même une conséquence. Ensuite l'auscultation, le bilan traumatique.

Je, Je rappelle juste que la chute est considérée comme non grave, sans aucun élément de gravité donc il n'y a pas d'éléments traumatique, de rhabdomyolyse, de choses come ça.

Très bien.

Sinon bien entendu je les aurais recherchés.

Alors quelles mesures de prévention des récidives mettez vous en place ?

Je corrige l'ordonnance : j'essaye de bannir tout ce qui est hypnotiques, benzodiazépines même si ça reste très difficile avec certains patients. Les anti hypertenseurs je fais attention qu'ils ne créent pas d'hypotension orthostatique. J'évite les anti hypertenseurs centraux et les diurétiques. Je demande au patient de retirer les tapis il faut aussi un chaussage adapté avec des chaussures fermées et pas en savate comme on voit souvent. Je prescris une kinésithérapie de rééducation à la marche si cela est nécessaire. Et pourquoi pas une canne ou un déambulateur qu'il doit utiliser même pour les déplacements courts. Je prescris des bas de contentions et je demande à une infirmière de passer à domicile pour éduquer la patiente sur la pose des bas. et demande son avis sur l'environnement adapté ou non. Les conseils d'une infirmière peuvent être intéressants, elle n'a pas la même vision que nous médecins. Je me souviens avoir lu aussi que l'exercice physique régulier est un bon moyen pour prévenir les chutes. Je crois que c'est par rapport à l'équilibre.

Ou avez-vous lu cela ?

J'ai du lire ça dans prescrire.

Est- ce tout ?

Oui je pense que c'est tout c'est déjà pas mal (rire)

Très bien.

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Je me permet de vous recontacter dans quelques semaines afin de recueillir votre avis sur la faisabilité des recommandations HAS concernant les chutes.

Merci encore et bonne journée.

Bonne journée.

2^{ème} entretien :

Bonjour,

Avez-vous pris connaissance des recommandations HAS que je vous ai fait parvenir concernant les chutes ?

Oui c'est bien la partie sur la prévention ?

Oui.

Que pensez vous de la faisabilité de ces recommandations en pratique courante ?

Ce n'est pas possible. On ne peut pas en pratique courante appliquer toutes ces recommandations.
(silence)

Cela prendrait trop trop beaucoup trop de temps. Je vais parler d'un cas de patient qui m'a été donné de voir en généralisant un peu. Souvent la chute est déclarée en fin de consultation ou juste au moment de partir. C'est l'une des raisons pour laquelle les recommandations ne sont pas appliquées. Puisqu'on a pas le temps en fin de consultation de revenir la dessus. En plus sans gravite, ce euhhh ce n'est pas une priorité pour moi. (silence) Et euh on prend beaucoup de temps à analyser l'environnement mais les conseils que l'on prodigue ne sont jamais suivis. C'est décourageant ! Les patient ne font vraiment pas tout ce qu'on leur conseille de faire notamment les médicaments, les adaptations dans la maison les chaussons. C'est vraiment difficile et décourageant. Concernant les benzodiazépines, nos patients ne peuvent pas se séparer de leur traitement quotidien par habitude. La dépendance psychique aux médicaments et le syndrome dépressif ne sont pas pris en compte dans les recommandations. Et euhh nous, nous devons les prendre en compte. En campagne, il y a une difficulté comment dire ? d'accès aux kinés. Donc quand on nous dit qu'il faut envoyer le patient chez un kiné pour une évaluation et une rééducation de la marche, et bien ça parait difficile. C'est déjà un miracle de trouver un kinésithérapeute donc pour qu'il se déplace à domicile pour une personne âgée c'est mission impossible. En tout cas dans ma petite bourgade. Se posait également le problème de la logistique. Une personne âgée aura beaucoup de difficultés pour se rendre à un rendez vous pris. Il y a de nombreux soucis avec la famille euhh avec des problèmes de transport et de mémoire concernant la date du rendez vous. La personne ne va pas aller au rendez vous ou ne recevra pas le kiné par exemple ou l'infirmière, elle n'ouvrira pas la porte. C'est un problème fréquent.

Très bien écoutez je vous remercie beaucoup pour votre disponibilité et aussi de votre gentillesse.

Mais c'est moi qui te remercie j'ai appris des choses (rire).

Cela me rappelle ma thèse. En plus j'ai bien soigner les papis et mamies.

Et bien écoutez encore merci, merci pour votre patience. Je vous souhaite une bonne journée.

Au revoir

Au revoir.

Entretiens médecin E

1^{er} entretien :

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale à la faculté de médecine de Rouen. L'enquête qui s'inscrit dans le cadre de la réalisation de ma thèse de doctorat en médecine générale. L'étude tend à rechercher le comportement et les difficultés des médecins généralistes face à la chute au domicile d'une personne âgée. La chute d'une personne âgée de plus de 65 ans est responsable de 9 300 décès par an. Le médecin généraliste a un rôle cible primordial de prévention secondaire. Il existe des recommandations H.A.S. Je réalise donc des entretiens semi dirigés avec des médecins généralistes de la région pour connaître votre pratique face à une chute sans gravité d'une personne âgée, puis dans un deuxième temps, je souhaite connaître votre avis concernant la faisabilité en pratiques courantes des recommandations H.A.S.

Je tiens d'abord à vous remercier de participer à l'étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

Quel âge avez-vous ?

La soixantaine.

Etes vous un homme ou une femme ?

Je suis une femme.

Concernant votre patientèle, votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ?

Je dirai semi rurale.

Votre patientèle comporte t-elle des personnes âgées et si oui en quelle proportion alors ?

Oui évidemment (ricanements) la patientèle comporte des personnes âgées. Ensuite en ce qui concerne la proportion je dirai 30 %. A peine 1/3.

Depuis combien de temps vous êtes vous installée ?

Je me suis installée à 30 ans donc ben cela fait plus de 30 ans.

Combien faites vous de visites par jour en moyenne ?

4

Dans les trois mois précédents vous a-t-on sollicité pour une chute au domicile sans aucun critère de gravité ?
Oui.

L'avez-vous vue au cabinet ou à domicile ?

Je l'ai vue au domicile.

Concernant une éventuelle formation complémentaire, avez-vous une formation complémentaire en gériatrie un D.U, une capacité ?

Oui, j'ai la capacité.

Exercez vous en EHPAD ?

Oui.

Suivez vous régulièrement des FMC ?

Oui 2 fois par mois, je suis les FMC.

Petites questions concernant l'état des connaissances.

A votre avis quel est le pourcentage de chuteur chez les plus de 65 ans ?

30 % environ

Et chez les plus de 85 ans ?

Ouh là beaucoup plus euh 50 % la moitié.

A votre avis la chute est elle à prédominance mécanique ?

Bien sur que non. De nombreuses étiologies peuvent rentrer en lignes de compte pour une chute. Elles sont souvent intriquées.

Avez eu connaissances des recommandations H.A.S. concernant la chute d'une personne âgée ?

Oui, je les ai déjà parcourues.

Devant une chute d'une personne âgée à domicile sans critère de gravité ni d'arguments de malaise. Quelle est votre attitude ? Adressez vous le ou la patiente aux urgences ?

Non

Adressez vous le patient à un spécialiste ?

Non plus.

Vous prenez donc le patient en charge en ambulatoire, que recherchez vous en terme de facteurs de risques de chute ?

Alors facteurs de risques : la iatrogénie, les médicaments sont responsables de chute notamment les opioïdes, les neuroleptiques, les benzodiazépines, les neuroleptiques, certains anti hypertenseurs et souvent les ordonnances associent plusieurs médicaments

Par exemple un patient dépressif et anxieux ayant des douleurs peut cumuler benzodiazépine, anti dépressif, sédatif et morphiniques Donc la première chose que je fais quand on me parle d'une chute je regarde l'ordonnance. Ensuite, je cherche s'il a de l'arthrose car la présence de gonarthrose, coxarthrose du rachis lombaire peut limiter la marche. Je recherche un syndrome démentiel...

Comment ?

Par MMS si j'ai le temps

Des troubles sensitifs au niveau des membres inférieurs éventuellement des troubles locomoteurs, une incontinence urinaire avec impériosité car ça précipite la marche et donc les chutes euh le patient dort, il est réveillé par une envie d'uriner, il peut se lever et courir la nuit, les chutes nocturnes sont assez fréquentes et euh c'est tout aussi important, il y a aussi le risque de glisser sur l'urine ou les selles

Je me pose la question sur une aide technique, si une canne est nécessaire, s'il y a des tapis, s'il y a un chaussage adapté avec des chaussures fermées, si l'éclairage est suffisant. Il faut se poser la question s'il marche ou pas et si oui au domicile uniquement ou à l'extérieur. Il faut chercher également des maladies comme une maladie de parkinson rendant la marche très difficile cela peut être un facteur de chute.

Très bien. Que réalisez vous au cours de votre examen clinique ?

Pouls, tension, température, auscultation cardio pulmonaire, examen neurologique, chercher une hypotension orthostatique.

Comment ?

La tension est prise sur le patient allongé puis relevé puis à 2 ou 3 mn lors de la station debout.

Je réalise un GET UP GO TEST. Faut-il que j'explique le principe ?

Non non c'est bon je l'ai ajouté en annexe.

Cela permet vraiment de voir l'aspect fonctionnel de la marche et euh c'est vraiment important en ce qui concerne les chutes. Je cherche également un syndrome post chute.

Quelles mesures de prévention et des récidives mettez vous en place ?

D'abord concernant la patiente j'améliore la qualité de l'ordonnance en essayant de diminuer voire supprimer, j'essaie de retirer tous les médicaments superflus, éviter l'automédication euh j'implique la famille en ce qui concerne l'environnement euh il faut aménager la maison en plein pied avec lit, toilettes, salle de bain au rez de chaussée afin de limiter la chute dans les escaliers qui est une chute grave hum j'instaure une aide technique en précisant qu'il faut toujours garder la canne ou déambulateur près de soi même lors de l'assise car il faut toujours penser qu'après une assise vient un lever ; j'insiste mais il est souhaitable d'impliquer les enfants dans la chute sur l'environnement **et** les comportements dangereux comme la consommation d'alcool car, comme tu le sais dans nos contrées l'éthylisme chronique est assez fréquent même chez la personne âgée. Je propose également des exercices physiques euh notamment sur l'équilibre qui peuvent elles aussi provoquer la chute et puis et puis et puis c'est tout. Pour l'instant (rire). Peut être que d'autres choses me reviendront plus tard.

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Je me permets de vous recontacter dans quelques semaines afin de recueillir vos impressions sur la faisabilité des recommandations H.A.S concernant les chutes. Merci encore et bonne journée. Cela permettra surtout, c'est de les remémorer.

Au revoir.

2^{ème} entretien :

Avez-vous relu les recommandations H.A.S. concernant les chutes.

Oui oui je les ai relues hier.

Ca tombe bien.

D'accord et alors que pensez vous de la faisabilité des ces recommandations en pratique courante ?

Je pense que l'on ne peut pas appliquer la totalité de ces recommandations. C'est impossible. Le facteur temps est un facteur très limitant. Le nombre de recommandation est trop élevé. (SILENCE). D'un autre côté beaucoup de ces recommandations, c'est du bon sens. Je veux dire que l'on recherchera les troubles neuromusculaires que si l'on a des points d'appel cliniques. On a beau donner euh pleins de conseils encore faut il que les patients les suivent. Il y a aussi les problèmes de la logistique qui ne sont pas négligeables, les bons de transport ne font pas tout, il faut marcher, être accompagné, c'est pas toujours le cas. Il y a aussi le problème de l'accès aux soins, il faut 6 mois pour un rendez vous ophtalmologique, le patient ne peut pas toujours s'y rendre surtout dans un délai aussi long et sa famille doit être disponible. L'implication de la famille est importante. J'insiste sur cette notion. Je ne mets pas en doute l'utilité de ces recommandations euh mais lors d'une consultation il y a toujours plusieurs problèmes. Toujours donc nous allons analyser les problèmes cardiovasculaires, douleurs thoraciques éventuelles. Déjà il s'agit de faire de la prévention. Les problèmes urinaires, la tension, l'incontinence, tout ça va s'imbriquer, se regrouper donc euh sur le plan clinique je pense que les recommandations sont appliquées en totalité. Ce sont peut être les tests qui freinent. Personnellement, je les utilise mais je sais que nombreux confrères n'utilisent pas ces tests standardisés euh le GET UP GO TEST notamment, il euh ils voient l'aspect fonctionnel mais il euh ils ne rechercheront pas spécifiquement d'anomalies. Est-ce que tu vois ce que je veux dire ?

Oui c'est parfaitement clair. Très bien Avez-vous d'autres remarques ?

Non

Ben, écoutez, je vous remercie beaucoup pour votre disponibilité et je vous souhaite une bonne journée.

C'était un plaisir.

Patagé.

Au revoir.

Entretiens médecin F

1^{er} entretien :

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale à la faculté de médecine de Rouen. L'enquête qui suit s'inscrit dans le cadre de la réalisation de ma thèse de doctorat en médecine générale. L'étude tend à rechercher le comportement et les difficultés des médecins généralistes face à la chute au domicile d'un patient. La chute d'une personne âgée de plus de 65 ans est responsable de 9 300 décès par an. Le médecin généraliste a un rôle cible primordial de prévention secondaire. Il existe des recommandations H.A.S. Je réalise donc des entretiens semi dirigés avec des médecins généralistes de la région pour connaître votre pratique face à la chute sans gravité d'une personne âgée, puis dans un deuxième temps, je souhaite connaître votre avis concernant la faisabilité en pratiques courantes des recommandations H.A.S.

Je tiens tout d'abord à vous remercier de participer à l'étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

Quel âge avez-vous ?

J'ai 46 ans.

Etes vous un homme ou une femme ?

Un homme.

Avez-vous une activité est-elle t rurale ou urbaine ?

Urbaine

Quelle proportion de personnes âgées compose votre patientèle ?

Oh 1/3 j'imagine.

Depuis combien de temps vous êtes vous installé ?

Cela fera 12 ans en mai.

Combien faites vous de visites par jour en moyenne ?

Hum, bonne question. Je dirai 3.

Dans les trois mois précédents vous a-t-on sollicité pour une chute au domicile sans aucun critère de gravité ?

Oui.

L'avez-vous vue au cabinet ou à domicile ?

Je l'ai vu au cabinet, c'était un gentil monsieur de 82 ans en pleine santé qui avait juste chuté sur un trottoir en rentrant chez lui.

Concernant une éventuelle formation complémentaire, avez-vous une formation complémentaire en gériatrie, un D.U, une capacité ?

Non.

Exercez vous en EHPAD ?

Non.

Suivez vous régulièrement des FMC ?

Bien sur que oui

A votre avis quel est le pourcentage de chuteur chez les plus de 65 ans ?

1/3 environ. 30 % - 33 %

Et chez les plus de 85 ans ?

Oh ça doit être de l'ordre de 60 %.

Selon vous la chute est elle à prédominance mécanique ?

Non pas de prédominance mécanique.

Avez eu connaissances des recommandations H.A.S. concernant la chute d'une personne âgée ?

Non, si tu me dis qu'elles existent, je veux bien te croire (rires).

D'accord. Passons maintenant à votre attitude pratique.

Devant une chute d'une personne âgée sans critère de gravité ni d'arguments pour un malaise. Quelle est votre attitude ?

Adressez vous la patiente ou le patient aux urgences ou la voyiez vous au domicile ?

Oui je la vois au domicile s'il n'y a pas d'éléments de gravité. Pourquoi, je l'enverrai à l'hôpital ?

L'adressez vous à un spécialiste ?

Non

Vous prenez donc le patient en charge en ambulatoire, que recherchez vous en terme de facteurs de risques de chute ?

Je recherche des anomalies environnementales tel que des tapis mal placés, des euh des chaussures non adaptées. Je recherche euh une surmédication, la présence de benzodiazépines, des anti déprimeurs, la présence de troubles cognitifs..

Comment ?

Ca se voit s'il est dément il est pas cohérent..

Je cherche des troubles sensitifs au niveau des membres inférieurs en tout genre, s'il y a du diabète qui pourrait créer une neuropathie, des troubles musculo squelettiques avec des fontes musculaires pour voir si le patient ne bouge pas assez, ne marche pas.

Des « fontes » ?

Oui une amyotrophie.

Ha ok.

Que réalisez vous au cours de votre examen clinique ?

Je prends la tension, j'ausculte le cœur, les poumons. Je fais un examen neurologique, je recherche une hypotension orthostatique.

Très bien et quelles mesures de prévention des récidives mettez vous en place ?

Ah euh fffff je révisé l'ordonnance, j'adapte les chaussures. Même lorsqu'ils ont des chaussures fermées les chaussures mais qu'ils mettent en claquettes, en savates, j'essaie de corriger cela. Je prescris de la kinésithérapie éventuellement, j'aménage l'environnement éventuellement avec les tapis que j'évoquais tout à l'heure. Voilà dans un premier temps c'est ce que je fais.

Très bien. Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Je me permets de vous recontacter dans quelques semaines afin de recueillir vos impressions sur la faisabilité des recommandations H.A.S. sur les chutes. Merci encore et bonne journée.

Il n'y a pas de quoi.

2^{ème} entretien :

Avez-vous reçu les recommandations H.A.S. que je vous ai fait parvenir ?

Oui

En avez-vous pris connaissance ?

Oui

Que pensez vous de la faisabilité des ces recommandations en pratique courante ?

Hum euh et bien je pense que les recommandations sont beaucoup trop chronophages (silence) en plus je n'évalue pas la nécessité, je n'arrive pas à bien évaluer la nécessité. Pour moi le grade C de l'H.A.S. ça ne suffit pas à dire que c'est nécessaire. Ca je ne reviendrai pas là-dessus. Ah et puis dans la majorité des cas c'est du bon sens euh faut bien l'avouer. Elles sont très bien pour résumer notre prise en charge après de là à tout appliquer, je ne suis pas vraiment convaincu de l'utilité. En plus pour les recommandations environnementales on a beau insister auprès du patient au final c'est lui qui décide donc au final il fait ce qu'il veut (silence) mais bon. Je ne me sens pas, je ne me sens pas vraiment compétent pour prendre en charge la prévention d'une chute à domicile d'une personne âgée. Je pense que là en comparant ma lecture à ce que je t'avais dit je pense que je ne suis « pas à la hauteur » mais euh mais bon voilà je pense qu'il y a un problème de compétence aussi, les recommandations ils disent qu'elles s'appliquent au médecin généraliste, je pense qu'elles sont un peu trop pointues pour nous. Voilà mon grand est ce que tu as d'autres questions ?

Hum non

Ben, écoutez, je vous remercie encore pour votre disponibilité et d'avoir répondu à toutes mes questions et vous souhaite une bonne journée.

Au revoir.

Entretiens médecin G

1^{er} entretien :

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale à la faculté de médecine de Rouen. L'enquête s'inscrit dans le cadre de la réalisation de ma thèse de doctorat en médecine générale. L'étude tend à rechercher le comportement et les difficultés des médecins généralistes face à la chute au domicile d'un patient. La chute d'une personne âgée de

plus de 65 ans est responsable de 9 300 décès par an. Le médecin généraliste a un rôle cible primordial de prévention secondaire. Il existe des recommandations H.A.S. Je réalise donc des entretiens semi dirigés avec des médecins généralistes de la région pour connaître votre pratique face à une chute sans gravité d'une personne âgée, puis dans un deuxième temps, je souhaite connaître votre avis concernant la faisabilité en pratiques courantes des recommandations H.A.S.

Je tiens tout d'abord à vous remercier de participer à l'étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

Quel âge avez-vous ?

62 ans.

Etes vous un homme ou une femme ?

Je suis une femme.

Avez-vous une activité est-elle t rurale ou urbaine ?

Elle est urbaine

Quelle proportion de personnes âgées compose votre patientèle ?

Oh euh 40 %

Depuis combien de temps vous êtes vous installée ?

Ouh là ça date !!! 31 ans.

Combien faites vous de visites par jour en moyenne ?

Oh c'est très variable.

Une moyenne

3

Dans les trois mois précédents vous a-t-on sollicité pour une chute au domicile chez un patient âgé sans critère de gravité ?

Euh laisse moi réfléchir ... oui oui c'est arrivé même plusieurs fois

L'avez-vous vue au cabinet ou au domicile ?

La dernière, je l'ai vue au domicile de la patiente

Concernant une éventuelle formation complémentaire, avez-vous une formation complémentaire en gériatrie, comme un D.U, une capacité ?

Non absolument pas.

Exercez vous en EHPAD ?

Oui.

Suivez vous régulièrement des FMC ?

Oui oui

A votre avis quel est le pourcentage de chuteur chez les plus de 65 ans ?

Euh moins d'un tiers 30 %

Et chez les plus de 85 ans ?

Beaucoup plus 50 % environ.

Selon vous la chute est elle à prédominance mécanique ?

Non bien sur que non.

Avez connaissances des recommandations H.A.S. concernant la chute d'une personne âgée ?

Non, je n'ai pas connaissance de telles recommandations.

Passons maintenant à l'étude de votre pratique.

Devant une chute d'une personne âgée sans critère de gravité ni d'arguments pour un malaise. Quelle est votre attitude ?

Adressez vous la patiente ou le patient aux urgences ?

Non

L'adressez vous à un spécialiste ?

Non plus.

Vous prenez donc le patient en charge en ambulatoire, que recherchez vous en terme de facteurs de risques de chute ?

Alors euh facteurs de risque de chute euh euh c'est une bonne question euh un problème neurologique des troubles sensitifs au niveau des membres inférieurs, des troubles moteurs euh éventuellement des séquelles d'AVC euh alors on cherche aussi euh les médicaments, les médicaments peuvent être aussi responsables de chutes euh tels que les benzodiazépines euh voilà ou voilà.

D'accord, très bien.

Que réalisez vous au cours de votre examen clinique ?

Alors l'examen clinique donc tension, auscultation cardiaque pulmonaire évidemment, un examen neurologique complet et euh une hypotension orthostatique peut créer des malaises et donc des chutes et surtout je fais marcher la personne pour voir comment elle marche cela peut donner des indications sur un risque de chute éventuelle.

D'accord et vous observez comment ?

Bien quand elle se lève de la chaise, faire quelques pas et analyser un petit peu la marche

Très bien et quelles mesures de prévention des récidives mettez vous en place ?

Déjà l'ordonnance, je m'occupe de réduire, d'essayer de persuader la dame ou le patient d'arrêter certains médicaments psychotropes euh ensuite hum je prescris de la kinésithérapie de marche à domicile c'est vraiment ... c'est vraiment utile d'expérience je vous assure que c'est utile et euh c'est tout. Si c'est une chute sans gravité je ne vais pas plus loin.

Très bien. Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Je me permets dans quelques semaines afin de recueillir vos impressions sur la faisabilité des recommandations H.A.S. concernant les chutes. Merci encore et bonne journée.

Au revoir.

2^{ème} entretien :

Je vous ai fait parvenir les recommandations H.A.S. concernant les chutes de la personne âgée à domicile ? (toux) En avez-vous pris connaissance ?

Oui tout à fait, je les ai lues.

Que pensez vous de la faisabilité des ces recommandations en pratique courante ?

Déjà je doute de l'utilité de toutes ces recommandations. La majorité c'est forcément du bon sens et pour ce qui est environnemental euh social euh les problèmes comme ça je ne me sens pas assez compétente dans ce domaine. En plus, je ne sais pas si vous avez remarqué mais le grade C de ces recommandations ne m'enthousiasme pas. On va dire qu'étant donné le faible niveau de preuve, euh après évidemment encore une fois le bon sens euh le bon sens est important et euh.

Réfléchissez un petit peu sur d'autres idées.

En appliquant toutes les recommandations vous allez éviter combien de chute. Pas beaucoup, alors que le temps passé est colossal pour les appliquer c'est vraiment le cas pour les recommandations sur l'environnement. Les patients ne suivront pas. Tu vas t'égosiller à leur répéter la même chose et finalement ça ne sera pas appliqué ça prend trop de temps pour le résultat attendu donc non non je ne pense pas que cela est applicable en pratique courante.

Je vous remercie encore pour votre disponibilité et je vous souhaite une bonne journée.

Au revoir.

Entretiens médecin H

1^{er} entretien

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale à la faculté de médecine de Rouen. L'enquête s'inscrit dans le cadre de la réalisation de ma thèse de doctorat en médecine générale. L'étude tend à rechercher le comportement et les difficultés des médecins généralistes face à la chute au domicile d'un patient. La chute d'une personne âgée de plus de 65 ans est responsable de 9 300 décès par an. Le médecin généraliste a un rôle cible primordial de prévention secondaire. Il existe des recommandations H.A.S. Je réalise donc des entretiens semi dirigés avec des médecins généralistes de la région pour connaître votre pratique face à une chute sans gravité d'une personne âgée, puis dans un deuxième temps, je souhaite connaître votre avis concernant la faisabilité en pratiques courantes des recommandations H.A.S.

Je tiens tout d'abord à vous remercier de participer à l'étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

Quel âge avez-vous ?

43 ans.

Etes vous un homme ou une femme ?

Un homme

Avez-vous une activité est-elle t rurale ou urbaine ?

Je suis un médecin de campagne

Très bien. En quelle proportion votre patientèle est elle composé de personnes âgées de plus de 75 ans ?

Oui euh 20 % environ.

Depuis combien de temps vous êtes vous installé ?

12 ans avant je faisais des remplacements.

D'accord. Combien faites vous de visites par jour en moyenne ?

Très peu ma patientèle est assez jeune, je dois faire une ou deux visites par jour maximum puisque je me déplace pour les gens âgés à mobilité réduite.

D'accord. Dans les trois mois précédents vous a-t-on sollicité pour une chute au domicile chez un patient âgé sans critère de gravité ?

Hum euh, je ne m'en souviens pas. Attend ou oui on m'a sollicité oui il y a deux jours. J'aurai du m'en souvenir.

D'accord. L'avez-vous vu au cabinet ou au domicile ?

Je l'ai vu au cabinet. C'était un jeune papy de 66 ans qui avait euh chuté euh en travaillant chez son fils. Il est venu au cabinet pour un hématome.

D'accord. Concernant une éventuelle formation complémentaire, avez-vous une formation complémentaire en gériatrie, comme un D.U ou une capacité ?

Ni l'un ni l'autre.

Exercez vous en EHPAD ?

Non.

Suivez vous régulièrement des FMC ?

Oui, régulièrement oui.

A votre avis quel est le pourcentage de chuteur chez les plus de 65 ans ?

De l'ordre du 40 %.

Et chez les plus de 85 ans ?

60 % je dirais

D'accord. Selon vous la chute est elle à prédominance mécanique ?

Oh non, elle est plurifactorielle.

Avez connaissances des recommandations H.A.S. concernant la chute d'une personne âgée ?

Oui, depuis ton mail j'ai euh je me suis renseigné ça existe honnêtement avant je ne le savais pas.

D'accord. Passons maintenant à l'étude de votre pratique.

Devant une chute d'une personne âgée sans critère de gravité ni d'arguments pour un malaise. Quelle est votre attitude ? Adressez vous la patiente ou le patient aux urgences ?

Non, je ne vois pas pourquoi s'il n'y a aucun critère de gravité, s'il n'y pas de fracture, euh, non non je ne l'adresse pas aux urgences non.

L'adressez vous à un spécialiste ?

Pas plus, non (rires).

Très bien. Vous prenez en charge le patient ou la patiente en ambulatoire, quels facteurs de risque de chute recherchez vous ?

Je recherche, très difficile comme question comme ça, euh déjà s'il y a un antécédent de chute. Je recherche de l'arthrose dans les antédants, des troubles cognitifs...

Comment vous les recherchez ?

Euh je devrais faire un MMS donc je programme une consultation spéciale pour les dépister.

OK ensuite ?

Des troubles sensitivo moteurs des membres inférieurs, les jambes. Voilà je recherche une iatrogénie, des causes évidentes comme des tapis, des obstacles, des marches des choses comme ça.

D'accord, vous parliez de iatrogénie, quels médicaments ?

Oui oui, les benzos, les morphiniques, les anti déprimeurs, les anti hypertenseurs aussi euh oui voilà ces médicaments là peuvent être, entraîner des chutes, leur consommation peut entraîner des chutes.

Que réalisez vous au cours de votre examen clinique ?

Un examen neurologique, cardio pulmonaire, les constantes, une recherche d'hypotension orthostatique

Euh justement comment vous réalisez cette recherche d'hypotension orthostatique ?

Je prends la tension du patient lorsqu'il est en décubitus, lorsqu'il est allongé, je le fais levé, je lui prends la tension je lui reprends la tension 4 mn après et s'il y a une différence de deux points c'est qu'il y a une hypotension orthostatique dans cas là je prescris des bandes de contention.

D'accord, très bien.

J'analyse aussi l'aspect fonctionnel, j'analyse le levé de la chaise, la marche et le demi tour.

Oui vous faites un GET UP AND GO TEST ?

Oui appelle le comme tu veux.

Ah Ah très bien. Autre chose ?

Non

Quelles mesures de prévention des récidives mettez vous en place ?

Déjà, je leur dit d'avoir des chaussures adaptées, de retirer leurs tapis euh ensuite qu'est ce que je fais ?

J'essaie de lutter contre les médicaments inutiles. On sait tout les deux que c'est pas très facile dans la mesure ou des fois les personnes âgées on du mal à se séparer de leur traitement euh je recherche euh ah j'ai oublié de le dire dans les facteurs justement une luminosité adaptée notamment dans la salle de bain euh la salle de bain est très ; Je pense que la salle de bain est un lieu de chute. Un éclairage adapté permettrait d'en éviter certaines. Ensuite, euh pas très facile hein tes questions ah ah euh qu'est ce que je fais d'autre euh euh éventuellement de la kinésithérapie s'il y a besoin, l'aide d'une canne. Justement le papy dont je te parlais tout à l'heure, je lui ai prescrit une canne étant donné l'hématome au niveau des fesses et de la hanche qu'il avait sans fracture. Voilà je pense que c'est tout. J'espère avoir bien répondu.

Ne vous inquiétez pas, il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. C'est juste une enquête. Très bien. Et bien écoutez je vous remercie beaucoup d'avoir répondu à toutes ces questions. Je me permets de vous recontacter dans quelques semaines afin de recueillir vos impressions sur la faisabilité des recommandations H.A.S. concernant les chutes, que je vais vous envoyer. Merci encore et bonne journée.

Bonne journée à toi aussi.

2^{ème} entretien :

Avez-vous reçu les recommandations H.A.S que je vous ai fait parvenir ?

Oui.

En avez-vous pris connaissance ?

Oui.

Que pensez vous de la faisabilité des ces recommandations en pratique courante en médecine générale ?

Je pense que ça peut être difficile de les appliquer. Pour certains, ça reste logique hein après euh euh euh euh.

Vous pensez qu'elles sont utiles les recommandations ?

Oui s'ils recommandent ça doit être utile pour le patient enfin pour la majorité mais d'un autre côté euh le niveau de preuve n'a pas l'air euh n'a pas l'air suffisant hein euh mais bon bref. Ensuite, je pense que le bénéfice attendu par rapport au aux contraintes et au temps, au temps aux contraintes de temps surtout, je ne suis pas sur que ce soit au bénéfice du patient euh au bénéfice du patient au final. En plus, conseille à tes patients hein, tu verras quand tu pratiqueras, conseille à tes patients de retirer les tapis hein Je suis pas sur qu'il le fasse à chaque fois hein.

D'accord.

Ensuite pose le problème de la logistique hein, il faut que le patient puisse marcher et être accompagné, c'est pas toujours le cas, loin de là euh donc voilà. Ensuite qu'est ce que je peux dire d'autre sur ces recommandations euh ben ça implique de nouveau le professionnel de santé donc ben le kiné, l'ophtalmologiste, l'infirmière, faut trouver cette équipe là, donc je sais nous avons un réseau mais euh mais il est difficile de le mettre en place en préventif souvent on le met en place quand il y a un problème. Si la chute est sans gravité et peut être à tort, elle n'est pas considérée comme un problème au même titre que s'il s'était cassé le col. Voilà est ce que j'ai bien répondu à tes questions ?

Eh bien écoutez oui, (rire) je vous remercie. Merci pour votre disponibilité et je vous souhaite une bonne journée.

Au revoir.

Au revoir.

Entretiens médecin I

1^{er} entretien :

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale à la faculté de médecine de Rouen. L'enquête s'inscrit dans le cadre de la réalisation de ma thèse de doctorat en médecine générale. L'étude tend à rechercher le comportement et les difficultés des médecins généralistes face à la chute au domicile d'un patient. La chute d'une personne âgée de plus de 65 ans est responsable de 9 300 décès par an. Le médecin généraliste a un rôle cible primordial de prévention secondaire. Il existe des recommandations H.A.S. Je réalise donc des entretiens semi dirigés avec des médecins généralistes de la région pour connaître votre pratique face à une chute sans gravité d'une personne âgée, puis dans un deuxième temps, je souhaite connaître votre avis concernant la faisabilité en pratiques courantes des recommandations H.A.S.

Je tiens tout d'abord à vous remercier de participer à l'étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

Quel âge avez-vous ?

J'ai 32 ans.

Etes vous un homme ou une femme ?

Je suis un homme.

Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ?

Elle est largement urbaine, même s'il peut y avoir des campagnards de temps en temps (rires)

Votre patientèle comporte t-elle des personnes âgées et dans quelle proportion ?

Ouh je ne sais.

A peu près. C'est juste une estimation.

Oh 20 %, oui 20 %.

D'accord. Depuis combien de temps vous êtes vous installée ?

Ca fera 1 an le mois prochain.

Joyeux anniversaire en avance.

Merci.

Combien faites vous de visites par jour en moyenne ?

Par jour, en général c'est réparti en deux euh en fin de matinée souvent 3, en début d'après midi 2. 5 en moyenne 5 par jour, sachant que l'hiver ça peut aller jusque 8 ou 9 hein.

D'accord. Dans les trois mois précédents vous a-t-on sollicité pour une chute au domicile sans critère de gravité ?

Hum euh, euh euh j'hésite. Je ne me souviens pas. C'est possible mais je ne m'en souviens pas.

D'accord. Concernant une éventuelle formation complémentaire, avez-vous une formation complémentaire en gériatrie, comme un D.U ou une capacité ?

Absolument pas (rire)

Exercez vous en EHPAD ?

Non plus et je m'en porte très bien. (rires)

D'accord. Suivez vous régulièrement des FMC ?

Euh oui, j'ai un groupe de pairs, avec qui je me réunis assez fréquemment.

Très bien. A votre avis quel est le pourcentage de chuteur chez les plus de 65 ans ?

Intéressantes tes questions fff je ne sais pas, je dirai 30 %.

Et les plus de 85 ans ?

Oh un petit peu plus, 40 %.

D'accord. Selon vous la chute est elle à prédominance mécanique ?

Non mes cours d'internat m'ont bien enseigné que elle est plurifactorielle. (rires)

Avez connaissances des recommandations H.A.S. concernant la chute d'une personne âgée ?

Oui je sais qu'elles existent et non je les ai ni apprises par cœur, pour te dire, je ne les ai même pas lues

Très bien passons à votre pratique. Devant une chute d'une personne âgée sans critère de gravité ni

d'arguments pour un malaise. Quelle est votre attitude ? Adressez vous la patiente ou le patient aux urgences ?

S'il n'y a pas de critères de gravité je ne vois pas pourquoi. Il faudrait ?

Je ne sais pas (rires) je demande votre pratique.

Adressez vous le patient ou la patiente à un spécialiste ?

Non.

Que recherchez vous en terme de facteurs de risque de chutes ?

Je recherche d'abord, si c'est la première chute, hum, s'il y a déjà eu chute, il y a des chances que qu'il y ait récurrence, de multiples récurrences.

D'accord.

Je recherche hum des pathologies neurologiques, musculaires au niveau des jambes ce qui pourrait expliquer les anomalies de la marche euh qu'est ce que je recherche d'autre euh les médicaments euh.

Quels genres de médicaments ?

Ben les médicaments euh les hypnotiques, euh le le bromazépame, les benzo, les neuroléptiques.

D'accord.

Une partie de l'environnement aussi, regarder s'il n'y a pas de tapis euh euh les tapis peuvent entraîner des chutes.

D'accord. Que réalisez vous au cours de votre examen clinique ?

Hum, je recherche un syndrome post chute, une hypotension orthostatique ça c'est sur le plan gériatrique, ensuite sur le plan général euh euh, pouls, tension, température euh en cas de signe d'appel comme une toux, des brûlures mictionnelles ou des douleurs abdo, une diarrhée euh qu'est ce que je recherche d'autre à l'examen clinique hum un examen fonctionnel de la marche, j'observe la marche du patient, je fais un examen neurologique complet, je recherche éventuellement un AVC hum cela même qui aurait pu expliquer la chute. Je rappelle juste que c'est une chute sans gravité. On n'a pas d'étiologie d'AVC, de malaise ou de chose comme ça.

D'accord, d'accord. Euh D'accord. Alors je crois que c'est tout.

Quelles mesures de prévention des récurrences mettez vous en place ?

Très bonne question, très pertinent (rires). Euh qu'est ce que je mets en place. Je fais retirer les tapis, si je peux, si le patient accepte j'enlève un médicament surtout s'il y a une poly médication euh qu'est ce que je fais d'autre hum euh je lui dit d'acheter un enclos pour animaux pour éviter qu'il se prenne les pieds dedans. Parce que souvent papy avec son chat ou son chien c'est pas rare que quand j'étais aux urgences qu'il a trébuché sur le chat.

D'accord, d'accord bon. Y a-t-il autre chose ?

Ben non c'est déjà pas mal.

Je suis tout à fait d'accord. Très bien bon alors hum.

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Je me permets dans quelques semaines afin de recueillir vos impressions sur la faisabilité des recommandations H.A.S. concernant les chutes. Merci beaucoup et bonne journée.

2^{ème} entretien :

Avez-vous reçu les recommandations H.A.S que je vous ai fait parvenir ?

Oui.

En avez-vous pris connaissance ?

Oui.

Que pensez vous de la faisabilité des ces recommandations en pratique courante ?

Ouh là j'en pense pleins de choses. Je pense que je n'étais pas au point. Je pense qu'on n'a pas forcément conscience de tout ce qui faudrait faire après est ce que est ce que vraiment les recommandations dans leur totalité sont utiles compte tenu du niveau de preuves euh le praticien des recommandations H.A.S, je ne suis pas convaincu. Toutefois, je suis conscient que, il faudrait améliorer ma pratique

Excusez moi mais il n'est pas question d'amélioration. Je demande juste ce que vous en pensez ? Quels peuvent être les obstacles ?

Les obstacles, les obstacles y en a pleins euh l'accès aux spécialistes, notamment l'ophtalmo euh la kiné qui ne peut durer éternellement, euh la solitude euh la solitude des personnes âgées, souvent c'est des personnes isolées, donc euh c'est très dur euh de de coordonner un peu tout ça. Euh mais bon je pense pas que vu le temps que cela peut prendre, je pense pas qu'il y ait un bénéfice euh extraordinaire pour le patient. Je pense

que c'est un frein à leur faisabilité euh le fait que nous, médecins généralistes, ne soyons pas convaincu que se soit très bénéfique pour patient, est un frein à leur applicabilité. Voilà je vois pas trop quoi dire d'autre.

Donc vous les pensez utiles ?

Oui oui utiles oui ça j'ai peu de doutes. Après bénéfique par rapport au au temps nécessaire, là je ne suis pas convaincu plus que ça. Voilà.

Eh bien écoutez, je vous remercie encore pour votre disponibilité et je vous souhaite une bonne journée.

Au revoir Monsieur.

Bye bon courage.

Entretiens médecin J

1^{er} entretien :

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale à la faculté de médecine de Rouen. L'enquête s'inscrit dans le cadre de la réalisation de ma thèse de doctorat en médecine générale. L'étude tend à rechercher le comportement et les difficultés des médecins généralistes face à la chute au domicile d'un patient. La chute d'une personne âgée de plus de 65 ans est responsable de 9 300 décès par an. Le médecin généraliste a un rôle cible primordial de prévention secondaire. Il existe des recommandations H.A.S. Je réalise donc des entretiens semi dirigés avec des médecins généralistes de la région pour connaître votre pratique face à une chute sans gravité d'une personne âgée, puis dans un deuxième temps, je souhaite connaître votre avis concernant la faisabilité en pratiques courantes des recommandations H.A.S.

Je tiens tout d'abord à vous remercier de participer à l'étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

Quel âge avez-vous ?

47.

Etes vous un homme ou une femme ?

Je suis une femme.

Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ?

Urbaine.

Quelle proportion de personnes âgées avez-vous dans votre patientèle ?

A peine 30 % je pense.

D'accord. Depuis combien de temps vous êtes vous installée ?

Cela fait 18 ans, c'était à la naissance de mon fils.

D'accord. 18 ans euh très bien hum excusez moi, j'ai un peu perdu le fil. Combien faites vous de visites par jour en moyenne ?

Euh oh pas beaucoup 2 pas plus de toute façon je refuse d'en faire plus.

D'accord. Dans les trois mois précédents vous a-t-on sollicité pour une chute à domicile sans critère de gravité ?

Euh oui

L'avez-vous vu au cabinet ou à domicile ?

J'ai du la voir au cabinet. Une petite dame euh qui avait glissé sur une euh sur une flaque d'urine puisqu'elle était incontinente oui ça y est c'est vrai je me souviens. Oui c'est ça. Elle était tout catastrophée car elle était toute souillée quand sa fille est arrivée.

D'accord. Avez-vous une formation complémentaire en gériatrie comme un D.U., une capacité ?

Euh non je n'en ai pas.

Exercez vous en EHPAD ?

Non.

D'accord. Suivez vous régulièrement des FMC ?

Oui, régulièrement, je ne sais pas mais oui je suis des F.M.C.

Très bien. Au niveau de vos connaissances en gériatrie justement, à votre avis quel est le pourcentage de chuteurs chez les plus de 65 ans ?

Oh oh (rire) ben je n'sais pas (rire)

Essayez à peu près vous pensez à combien ?

Je dirai 30 %

Très bien et pour les plus ...

Attendez c'est quoi la vraie réponse ?

C'est aux alentours d'un tiers 33 % vous n'étiez pas loin. Le pourcentage de chuteur chez les plus de 85 ans ?

Oh je dirai le double 60 %

D'accord. A votre avis la chute est-elle à prédominance mécanique ?

Euh non je ne pense pas non, je ne pense pas.

(toux) excusez moi alors maintenant concernant votre pratique. Passons maintenant à votre pratique. Devant une chute sans gravité, sans critère de gravité ni argument pour un malaise quel est votre attitude ? Adressez-vous le patient aux urgences ?

euh non je ne vois pas pourquoi.

Adressez-vous le patient à un spécialiste ?

Non

Que recherchez-vous en terme de facteurs de risque de chute ?

Je recherche d'abord s'il y a un antécédent de chute, s'il y a de l'arthrose, une démence euh des troubles moteurs, des troubles sensitifs qui pourraient empêcher la marche euh (toux) euh ensuite euh ensuite ensuite c'est déjà pas mal, les médicaments, les médicaments c'est important, il faut regarder s'il n'y a pas de benzodiazépines, d'anti-dépresseurs, j'ai même lu un papier sur les anti-hypertenseurs causaient des chutes. D'accord.

Et la maison, euh la maison il faut pas qu'il y ait de tapis, de marche, l'incontinence, l'incontinence urinaire hein je vous ai expliqué tout à l'heure la patiente euh qui avait chuté sur sa flaque d'urine parce qu'il y avait eu une impériosité. Voilà. Donc voilà les principaux facteurs de risques de je recherche là comme ça. Voilà ce qui me vient à l'esprit.

Que réalisez-vous au cours de votre examen clinique ?

Au cours de mon examen clinique ? Euh, qu'est-ce que je fais ? ben euh déjà, pouls, tension, hypotension orthostatique euh, examen neurologique complet au niveau des jambes, des bras et j'oublie pas les paires crâniennes, ensuite l'auscultation je peux les énoncer cardiaque pulmonaire, je recherche des signes de traumatismes.

Euh, je rappelle juste que la chute est sans gravité. Il peut y avoir éventuellement ecchymoses, mais il n'y aura pas de fractures sinon c'est un critère de gravité.

Très bien, très bien très, je ne veux pas te déranger.

Ah non non non ce n'est pas du tout ça, je précisais juste.

Ah d'accord bon.

Quelles mesures de préventions des récurrences mettez-vous en place ?

Intéressant. Très intéressante ta question. Alors qu'est-ce que je mets en place en premier lieu j'aménage la maison, je retire les tapis euh euh et s'il faut j'implique la famille euh parce que les actes de préventions demandés sont souvent réalisés par la famille et non pas par la personne âgée elle-même donc si je demande à la famille de faire des travaux, retirer les marches pour adapter, mettre des rampes des choses comme ça euh la famille doit être absolument impliquée euh, je pense aussi aux canes aux choses comme ça je demande aussi à la patiente l'acquisition d'une chaise garde-robe à côté du lit pour limiter le risque du aux impériosités euh parce que je vous ai expliqué tout à l'heure l'histoire de ma petite dame.

D'accord. Très bien. Est-ce que vous voyez autre chose ?

Oui oui j'adapte l'ordonnance, il faut que je réévalue chaque médicament s'il est nécessaire et suffisant à posologie minimale bon après c'est quand même difficile.

Excusez moi, je vous arrête là ça être l'objet des prochaines questions dans 2 – 3 semaines.

D'accord.

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Je me permets dans quelques semaines afin de recueillir vos impressions sur la faisabilité des recommandations H.A.S. concernant les chutes.

D'accord, on fait comme on a fait là, on programme ça par mail.

Oui oui tout a fait.

Merci encore pour votre aide et votre gentillesse hein et bonne journée.

2^{ème} entretien :

Avez-vous eu les recommandations H.A.S. que je vous ai fait parvenir ?

Oui oui je les ai reçues et je les ai même lues.

(rire) Très bien Que pensez vous de la faisabilité des recommandations H.A.S ?

Ben j'ai déjà commencé à y répondre la dernière fois, malheureusement hein je suis désolée j'avais déjà commencé à prendre un peu d'avance. Oh ça me paraît quand même difficile euh notamment au niveau du temps, du bénéfice, je ne vais pas redétailler enfin j'en ai déjà parlé la dernière fois euh. Moi le principal frein que j'ai vu c'est euh le temps, le temps et puis les spécialistes. Je vois l'évaluation visuelle nous en médecine générale on peut le faire rapidement c'est vrai que j'avais pas pensé à l'évaluation visuelle alors que c'est important de même que la dénutrition. La dénutrition je n'y avait pas pensé. Je pense que ça n'a pas encore assez d'impact euh autant tout ce qui est cardiovasculaire nous sommes très pointus dans ce domaine, je pense en tout cas autant euh dans la chute on n'est pas encore au meilleur. On n'a pas encore les meilleures connaissances mais ça peut venir hein en espérant que tu publies.

Je ne pense pas que j'en arriverai là mais bon (rire) c'est gentil.

Euh euh d'accord qu'est ce que je peux dire d'autre ? Pourquoi elles ne seraient pas applicables euh parce que parce que (rire) y en a trop déjà y en a trop mais après enfin je suis d'accord c'est juste c'est du bon sens hein la majorité je pense il faut se faire aider je n'adresses pas à un spécialiste comme je le disais pourquoi pas mettre ne lumière le réseau avec un ergothérapeute en ville on en trouvera pas moi j'ai réseau avec un ergothérapeute de l'hôpital ça peut être intéressant après euh après voilà mais euh c'est difficile c'est difficile de répondre comme ça euh à chaud.

Est-ce que je vous voyez autre chose ? Est ce. Déjà les recommandations vous semblent elles utiles ?

Ecoutez, utiles oui et non je pense qu'elles soient utiles dans leur totalité on voit ça au niveau preuves euh, je pense qu'elles prennent trop de temps par rapport au bénéfice. Au bénéfice, aux chutes qu'on va éviter euh voilà. Je ne suis pas sûre que l'on soit très efficace là-dessus nous médecins généralistes.

D'accord, c'est votre ressenti.

Oui oui et puis c'est vrai la notion de compétences on se renseigne, on lit beaucoup, on a des F.M.C. Ce qu'il y a c'est que dans une consultation il faut penser à tout, pleins de pathologies différentes euh comme tu as du l'apprendre récemment la poly pathologie des personnes âgées ça n'aide pas alors que si on les voit en cabinet c'est 15 mn et en 15 mn on a pas le temps de faire le tour, après peut être il faudrait prendre le temps toujours est-il que malheureusement c'est comme ça.

Très bien. Est-ce tout ?

Ben écoute oui

euh je crois que j'ai tout dit.

Merci de votre gentillesse et de votre disponibilité euh, je vous souhaite une bonne journée.

A toi aussi, bonne journée

Au revoir.

Entretiens médecin K

1^{er} entretien :

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale à la faculté de médecine de Rouen. L'enquête s'inscrit dans le cadre de la réalisation de ma thèse de doctorat en médecine générale. L'étude tend à rechercher le comportement et les difficultés des médecins généralistes face à la chute au domicile d'un patient. La chute d'une personne âgée de plus de 65 ans est responsable de 9 300 décès par an. Le médecin généraliste a un rôle cible primordial de prévention secondaire. Il existe des recommandations H.A.S. Je réalise donc des entretiens semi dirigés avec des médecins généralistes de la région pour connaître votre pratique face à la chute sans gravité d'une personne âgée, puis dans un deuxième temps, je souhaite connaître votre avis concernant la faisabilité en pratiques courantes des recommandations H.A.S.

Je tiens tout d'abord à vous remercier de participer à l'étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

Quel âge avez-vous ?

J'ai 65 ans.

Etes vous un homme ou une femme ?

Un homme.

Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ?

Urbaine

Quelle est la part de personnes âgées dans votre patientèle ? A peu près

Oh là là euh euh je dirai 40 %

D'accord. Depuis combien d'années êtes vous installé ?

39 ans maintenant. Ca va faire 40 ans l'année prochaine.

Combien faites vous de visites par jour en moyenne ?

Oh une dizaine.

Dans les trois mois précédents vous a-t-on sollicité pour une chute au domicile sans critère de gravité ?

Euh que je réfléchisse non non ça ne me dit rien.

D'accord. Très bien, au niveau de la formation complémentaire. Avez-vous une formation complémentaire en gériatrie, un D.U., une capacité ?

Oui j'ai commencé la capacité mais je ne l'ai jamais terminée.

D'accord. Exercez vous en EHPAD ?

Oui.

D'accord. Très bien ; Suivez vous régulièrement des FMC ?

Oui, je suis des F.M.C. à Charles Nicolle à l'hôpital.

D'accord. Selon vous quel pourcentage de chuteur chez les plus de 65 ans ?

Oh, je ne sais pas je dirai 60 %

Chez les 85 ans et plus ?

Un peu plus 70 %.

D'accord. La chute est elle à prédominance mécanique, selon vous ?

Absolument pas.

Avez connaissances des recommandations H.A.S. concernant la chute d'une personne âgée ?

Je vais être honnête euh je sais qu'elles existent mais je ne les ai jamais vraiment plancher dessus en tout cas.

Très bien, maintenant nous allons un peu connaître votre pratique. Devant une chute sans gravité, sans critère de gravité ni argument pour un malaise ni étiologie particulière. Quel est votre attitude ? Adressez vous le patient aux urgences ?

Non, je n'adresse pas le patient aux urgences. Non

Adressez vous le patient à un spécialiste ?

Non pas dans l'immédiat.

D'accord. Que recherchez vous en terme de facteurs de risque de chute ?

Alors voyons voir qu'est ce que, d'abord les médicaments, voire s'il n'y a pas un peu de iatrogénie en regardant les ordonnances des benzodiazépines des neuroleptiques.

D'accord.

Ensuite qu'est ce que je regarde ? S'il n'y pas de troubles cognitifs ou de troubles démentiels, les troubles sensitivo moteurs et éventuellement musculo squelettiques des problèmes d'amyotrophie des choses comme ça. Je recherche si elle marche d'habitude, si y a déjà eu des chutes euh euh hou là là facteur, facteurs médicaux, je ne vois que ça .

Est-ce que vous pensez qu'il y a des facteurs autres que médicaux ?

Ben oui il y a le social hein l'isolement de la personne âgée euh y a pleins plein de choses au niveau social bien entendu. Ta thèse c'est la partie médicale ?

Ben ma thèse ça représente la chute donc c'est global.

Non je ne vois pas autre chose.

D'accord. Très bien. Que réalisez vous au cours de votre examen clinique concrètement ?

Hum hum un examen clinique standard. Tension, auscultation cardio pulmonaire, euh je recherche une dyspnée, des oedèmes, une insuffisance cardiaque, je fais un examen neurologique. Il est intéressant aussi de savoir comment la personne marche, comment le patient marche euh. Hypotension statique

Comment la rechercher vous ?

Allongé puis debout. Voilà

Très bien. Euh enfin Quelles mesures de prévention des récidives mettez vous en place ?

Comment je préviens les prochaines chutes, très bonne question, je nettoie l'ordonnance de tout ce qui est superflus euh qu'est ce que je fais d'autre je prescris de la kinésithérapie oui ça peut être pas mal

Et y a-t-il autre chose ?

Euh non la tout de suite je ne vois rien de plus dans l'immédiat.

Très bien. Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Je me permets dans quelques semaines afin de recueillir vos impressions sur la faisabilité des recommandations H.A.S. concernant les chutes. Merci beaucoup et bonne journée.

2^{ème} entretien :

Avez-vous reçu les recommandations H.A.S concernant la chute ?

Oui.

Les avez-vous parcourues ?

Oui je les ai lues attentivement.

D'accord. Alors, que pensez vous de la faisabilité des ces recommandations en pratique courante en médecine générale ?

Euh je pense que c'est possible euh mais en plusieurs consultations. On ne peut pas tout régler en une seule.

Euh, je pense notamment à l'examen clinique ils parlent même d'examen complémentaire, ECG euh il faut réussir à avoir rendez vous chez le cardiologue. De même si l'on teste l'acuité visuelle et que par l'échelle de Monoyer ou Parinaud et que l'on trouve une anomalie on va l'adresser à un ophtalmo et euh c'est pas toujours simple de trouver un créneau, d'organiser toute la logistique pour que la patiente ou le patient puisse aller à son rendez vous euh cela me paraît très compliqué de réaliser tout ça en une seule consultation. Mais je pense que c'est largement faisable euh en plusieurs en revoyant le patient deux, trois fois pour évaluer un peu les choses euh, je suis plus sceptique sur les recommandations environnementales déjà parce qu'ils ont un faible niveau de preuves avec un grade C et aussi parce que de toute façon euh c'est décourageant le patient ne suivra pas donc euh à moins d'impliquer la famille sinon le patient ne suivra pas. De toute façon tout est perdu d'avance hum rien n'empêche d'essayer. Je ne pense pas que les recommandations sur l'environnement puissent vraiment limiter le nombre de chutes. Enfin je pense que ça. En tout cas je ne suis vraiment pas convaincu euh après on va pas tout réaliser si on a une cause par exemple si elle a chuté sur un tapis par maladresse ou on aura pas besoin de faire toute cette batterie d'examen clinique ou d'examen complémentaire euh donc voilà en plus je ne me sens pas assez compétent dans ce domaine euh j'avoue que mes connaissances sont assez limitées. Ca paraît difficile de de tout assimiler. Mais bon grasse à ta thèse j'aurai déjà une base un peu plus importante.

Je suis honoré que vous considérez ma thèse comme enseignement.

Bon alors je pense que c'est fini. Que j'ai tout dit.

Eh bien écoutez, je vous remercie beaucoup pour votre gentillesse et d'avoir répondu à toutes mes questions merci de votre disponibilité et je vous souhaite une bonne journée. Au revoir.

Bonne journée à toi aussi.

Au revoir.

Entretiens médecin L

1^{er} entretien :

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale à la faculté de médecine de Rouen. L'enquête s'inscrit dans le cadre de la réalisation de ma thèse de doctorat en médecine générale. L'étude tend à rechercher le comportement et les difficultés des médecins généralistes face à la chute au domicile d'un patient. La chute d'une personne âgée de plus de 65 ans est responsable de 9 300 décès par an. Le médecin généraliste a un rôle cible primordial de prévention secondaire. Il existe des recommandations H.A.S. Je réalise donc des entretiens semi dirigés avec des médecins généralistes de la région pour connaître votre pratique face à une chute sans gravité d'une personne âgée, puis dans un deuxième temps, je souhaite connaître votre avis concernant la faisabilité en pratiques courantes des recommandations H.A.S.

Je tiens tout d'abord à vous remercier de participer à l'étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

Quel âge avez-vous ?

41.

Etes vous un homme ou une femme ?

Une femme.

Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ?

Plutôt rurale.

Quelle est la part de personnes âgées dans votre patientèle ? Environ.

C'est pas facile 20 %.

D'accord. Depuis combien d'années êtes vous installée ?

Ca fait 8 ans déjà.

Combien faites vous de visites par jour en moyenne ?

Oh j'en fais pas beaucoup, j'en fait une ou deux et pas tous les jours.

D'accord. Dans les trois derniers mois vous a-t-on sollicité pour une chute au domicile sans critère de gravité ?

Non je ne crois pas.

D'accord. Avez-vous une formation complémentaire en gériatrie, un D.U., une capacité ?

Non.

D'accord. Exercez vous en EHPAD ?

Oui.

D'accord. Suivez vous régulièrement des FMC ?

Oui oui.

A votre avis quel pourcentage de chuteur chez les personnes âgées de plus de 75 ans euh 65 ans ?

Je pense 50 % à peu près.

Chez les 85 ans et plus ?

Je ne sais pas.

Essayez un chiffre qui vous passe par la tête.

Je ne sais pas 60 %.

D'accord. La chute est elle à prédominance mécanique, selon vous ?

Non. Il y a plusieurs choses.

Avez connaissances des recommandations H.A.S. concernant la chute d'une personne âgée ?

Non.

D'accord, passons maintenant à votre pratique. Devant une chute sans critère de gravité, ni malaise. Adressez vous le patient aux urgences ?

Oui moi je l'adresse aux urgences parce qu'en ville il n'est absolument pas possible d'analyser tous les facteurs de chute. Pour moi l'hospitalisation est nécessaire même sans fracture pour pouvoir évaluer le patient dans sa globalité donc je préfère l'envoyer aux urgences pour qu'il soit hospitalisé et voir un gériatre et en plus se pose le problème du maintien à domicile après une chute et on ne peut pas décider seul, il faut un avis.

Et il y a d'autres raisons ?

Oui. Je ne suis pas compétente dans le domaine, j'avoue la chute n'est pas ma spécialité et je ne sais pas assez de choses. Dans le doute, j'envoie le patient aux urgences.

D'accord. (toux) Donc on peut dire que vous l'adressez à un spécialiste ?

Oui je l'adresse aux urgences pour qu'elle soit orientée, hospitalisée euh et voilà.

D'accord euh admettons que vous la prenez en charge en ambulatoire que recherchez vous en terme de facteurs de risque de chute ?

Non je ne répondrai pas à cette question dans la mesure où je ne la prends pas en charge en ambulatoire. Il faut une hospitalisation, j'en suis convaincue donc non je ne peux pas répondre à ta question, j'en suis désolée.

D'accord euh donc excusez moi je suis un petit peu... D'accord euh je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Je me permets dans quelques semaines afin de recueillir vos impressions sur la faisabilité des recommandations H.A.S. concernant les chutes. Merci encore et bonne journée.

Très bien j'attends ton coup de fil on s'organise ça par mail.

Oui oui. Bonne journée.

2^{ème} entretien :

Avez-vous reçu les recommandations H.A.S que je vous ai fait parvenir ?

Oui je les ai reçu par contre ma secrétaire ne t'as pas dit ? Je ne vais pas avoir le temps, je suis débordée

Vous n'en avez pas pris connaissance ?

Non, non je n'ai pas eu le temps et je n'aurai pas le temps. Désolée, je vais couper court à la conversation j'ai beaucoup de patients, aujourd'hui ce n'est pas possible.

Voulez vous qu'on se rappelle plus tard ?

Non non, je te dis, j'ai pas le temps de répondre à tes questions. Je suis désolée, vraiment désolée. Au revoir.
Au revoir. Bonne journée

Entretiens médecin M

1^{er} entretien :

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale à la faculté de médecine de Rouen. L'enquête s'inscrit dans le cadre de la réalisation de ma thèse de doctorat en médecine générale. L'étude tend à rechercher le comportement et les difficultés des médecins généralistes face à la chute au domicile d'un patient âgé. La chute d'une personne âgée de plus de 65 ans est responsable de 9 300 décès par an. Le médecin généraliste a un rôle cible primordial de prévention secondaire. Il existe des recommandations H.A.S. Je réalise donc des entretiens semi dirigés avec des médecins généralistes de la région pour connaître votre pratique face à une chute sans gravité d'une personne âgée, puis dans un deuxième temps, je souhaite connaître votre avis concernant la faisabilité en pratiques courantes des recommandations H.A.S.

Je tiens tout d'abord à vous remercier de participer à l'étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

Quel âge avez-vous ?

J'ai 38 ans.

Etes vous un homme ou une femme ?

Je suis un homme.

Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ?

J'exerce en ville, mon activité est urbaine.

Quelle proportion de personnes âgées comporte votre patientèle ?

Je n'en sais rien.

Euh, à peu près une moyenne ?

A peine 20 % je pense

D'accord. Depuis combien d'années êtes vous installé ?

Euh ça fait 9 ans.

Combien faites vous de visites à domicile par jour ?

Hum, 4 à peu près.

D'accord. Dans les trois mois précédents vous a-t-on sollicité pour une chute au domicile sans critère de gravité ?

Oui

L'avez-vous vue au cabinet ou à domicile ?

Domicile

Concernant une éventuelle formation complémentaire. Avez-vous une formation complémentaire en gériatrie, comme un D.U., une capacité ?

Non.

D'accord. Exercez vous en EHPAD ?

Oui. J'ai quelques patients en EHPAD

Suivez vous régulièrement des FMC ?

Il est évident que c'est le cas.

Concernant vos connaissances quel est pourcentage de chuteur chez les plus de 65 ans ?

Hum une trentaine de pour cent.

Tout à fait et chez les plus de 85 ans ?

Plus 60 % - 50 % plutôt 50 %

Selon vous la chute est elle à prédominance mécanique, selon vous ?

Non.

Avez connaissances des recommandations H.A.S. concernant la chute d'une personne âgée ?

Je confesse que non.

Maintenant passons à votre pratique. Devant une chute sans critère de gravité ni argument pour un malaise quelle est votre attitude ? Adressez vous le patient aux urgences ?

Non, les urgences ne sont pas la solution à tout.

Adressez vous le patient ou la patiente à un spécialiste ?

Non.

Que recherchez vous en terme de facteurs de risque de chute ?

Alors voyons voir, je recherche s'il y a de l'arthrose, s'il y a des anomalies neurologiques aussi bien cérébrale euh une démence...

Comment vous recherchez la démence ?

Bah ça se voit.

Euh des anomalies motrices, sensibles euh je recherche également la présence d'arthrose ou éventuellement une limitation des mouvements notamment de la hanche et du genou pour savoir si euh s'il y a possibilité de chute euh je recherche aussi euh dans la maison, dans l'entourage est ce qu'il y a des marches des dénivellations, s'il y a des tapis euh est ce qu'il y a des animaux euh au niveau des médicaments, est ce qu'il y a des diurétiques, est ce qu'il y a des, est ce qu'il y a des benzodiazépines, à demi vie longue. Je recherche euh je recherche l'incontinence urinaire. Une incontinence urinaire ça peut, ça peut faire chuter. La nuit quand il y a des réveils à cause de cela, un syndrome dépressif...

Vous le recherchez comment ?

Par le petit GDS.

Ok.

Euh voilà je pense que j'ai tout dit concernant les facteurs de risques euh. Honnêtement est ce que je les recherche tous ? C'est une bonne question. En pratique je ne sais pas si je vais tous les rechercher, en tout cas c'est toutes celles qui me passent par la tête aujourd'hui quand tu m'interroges.

D'accord. Que réalisez vous au cours de votre examen clinique ?

Au cours de l'examen clinique euh, je commence par les constantes, l'auscultation, la palpation des os euh, la palpation des reliefs osseux pardon euh je recherche également euh les comment dire les réflexes, les troubles moteurs et là je recherche s'il y a euh une hypotension orthostatique euh.

Justement comment vous la prenez l'hypotension orthostatique ?

Le patient est allongé, je prends la tension, je le fais levé, je reprends la tension puis 1 mn, puis à 5 mn.

D'accord.

Et le plus important je regarde comment il marche. S'il marche bien, s'il a besoin d'aide pour marcher voilà.

D'accord. Quelles mesures de prévention des récurrences mettez vous en place ?

Alors, d'abord euh d'abord s'il n'a pas de canne et s'il en a besoin d'une je lui en prescris, canne ou déambulateur hum je, j'essaie tout du moins de parler à la famille, aux enfants, j'essaie d'aménager l'appartement, de retirer les tapis euh d'adapter les chaussures, s'il est capable de gérer les médicaments, s'il n'est pas capable je fais gérer par quelqu'un d'autre euh et j'essaie bien évidemment de diminuer le nombre de médicaments même si c'est pas facile. Qu'est ce que je fais d'autre euh je lui demande de faire des exercices d'équilibre. J'ai lu dans PRESCRIRE qu'il y avait un bénéfice à réaliser une marche, une marche régulière et euh des exercices d'équilibre, tel que du yoga. J'avoue il ne suivront peut être pas mes conseils Mais voilà je leur propose

D'accord et bien je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Je me permets dans quelques semaines afin de recueillir vos impressions sur la faisabilité des recommandations H.A.S. concernant les chutes. Merci encore et bonne journée.

2^{ème} entretien :

Avez-vous reçu les recommandations que je vous ai fait parvenir ?

Oui.

En avez-vous pris connaissance ?

Bien sur que oui.

Alors, que pensez vous de la faisabilité des ces recommandations en pratique courante ?

Et bien elles sont utiles, elles sont très longues. Je pense trop longue pour que l'on puisse les adapter en pratique courante euh tout simplement parce que l'on a d'autres maladies à gérer euh d'autres maladies qui

paraissent plus graves euh ensuite il y a le le frein du patient lui-même euh le patient n'applique pas toujours ce qu'on lui dit euh il a du mal à se séparer de ses médicaments notamment s'il les prend depuis plusieurs années. Ca parait difficile hein je préfère être honnête.... Bon ensuite Euh personnellement, je n'ai pas trop de problèmes euh pas trop de problèmes pour trouver des kinés euh des choses comme ça mais j'imagine qu'à la campagne ça doit être difficile. Tout à fait, en effet c'est ce qui est ressorti des autres entretiens. Mouais, mais il faut quand même se dire que l'on va rechercher euh on va rechercher des choses sur point d'appel euh il y a certaine pathologie, certaines qui vont sauter aux yeux mais là que je ne pense à te dire mais que l'on va rechercher spontanément s'ils l'ont voit une anomalie euh et là c'est le cas euh pour pouvoir appliquer les recommandations. C'est-à-dire que l'on ne va pas les appliquer stricto sensu mais on va les appliquer d'une manière un peu détournée c'est-à-dire que s'il y a une anomalie on la vérifiera forcément quand le patient va se lever nous dire bonjour, quand le patient va se déplacer vers son fauteuil euh on pourra on pourra analyser la marche, faire un examen complémentaire et c'est surtout sur point d'appel. Très bien écoutez, je vous remercie encore pour votre disponibilité et je vous souhaite une bonne journée. Au revoir. Il n'y a pas de quoi. Au revoir.

Entretiens médecin N

1^{er} entretien :

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale à la faculté de médecine de Rouen. L'enquête s'inscrit dans le cadre de la réalisation de ma thèse de doctorat en médecine générale. L'étude tend à rechercher le comportement et les difficultés des médecins généralistes face à la chute au domicile d'un patient. La chute d'une personne âgée de plus de 65 ans est responsable de 9 300 décès par an. Le médecin généraliste a un rôle cible primordial de prévention secondaire. Il existe des recommandations H.A.S. Je réalise donc des entretiens semi dirigés avec des médecins généralistes de la région pour connaître votre pratique face à une chute sans gravité d'une personne âgée, puis dans un deuxième temps, je souhaite connaître votre avis concernant la faisabilité en pratiques courantes des recommandations H.A.S.

Je tiens tout d'abord à vous remercier de participer à l'étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

Quel âge avez-vous ?

59 ans.

Etes vous un homme ou une femme ?

Je suis une femme.

Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ?

Je suis ce qu'on peut appeler un médecin de campagne

D'accord. Dans quelle proportion de personnes âgées comporte votre patientèle ?

Tu me poses une question difficile déjà euh je dirai euh 50 % la moitié.

D'accord. Depuis combien d'années êtes vous installé ?

Oh là ça date ça fait euh 27 ans.

Combien faites vous de visites à domicile par jour ?

J'essaye de bloquer à 6 parce que ça prend beaucoup de temps.

Dans les trois mois précédents vous a-t-on sollicité pour une chute au domicile sans critère de gravité ?

Au domicile oui oui je me souviens, c'était juste hier euh un homme 88 ans qui avait glissé sur euh un tapis euh qui était chez lui

L'avez-vous vue au cabinet ou à domicile ?

Ah je l'ai vu à domicile il avait du mal à marcher

Avez-vous une formation complémentaire en gériatrie, comme un D.U., une capacité ?

Non. J'ai estimé que ce n'était pas nécessaire.

D'accord. Exercez vous en EPAHD ?

Non, il n'y pas d'EHPAD là où je travaille.

Suivez vous régulièrement des FMC ?

Oui j'essaye de me maintenir au maximum au courant des nouveautés on va dire.

A votre avis quel est pourcentage de chuteur chez les plus de 65 ans ?

Oh, je ne sais pas du tout.

Dites un chiffre euh à combien vous l'estimeriez vous ?

Euh fff 50 %

Et chez les plus de 85 ans ?

Ca doit être plus, plus on vieillit plus on risque de chuter donc euh.

60 – 70 %.

Selon vous la chute est elle à prédominance mécanique ?

Non. Non la prédominance je ne pense qu'elle soit mécanique. Je pense qu'elle est iatrogène

Avez connaissances des recommandations H.A.S. concernant la chute d'une personne âgée ?

Oui je pense qu'elles existent si tu m'en parles mais non euh je ne les ai pas parcourues, je ne les ai pas lues.

Très bien. Maintenant passons à votre pratique. Devant une chute sans critère de gravité ni argument pour un malaise quelle est votre attitude ? Adressez vous le patient ou la patiente aux urgences ?

Non non s'il n'y a pas de critères de gravité, je peux la prendre en charge.

Adressez vous le patient à un spécialiste ?

Ben non et à priori c'est pour les mêmes raisons.

D'accord, vous prenez donc le patient en ambulatoire. Que recherchez vous en terme de facteurs de risque de chute ?

Euh euh, je recherche s'il y a des tapis, des pièges dans la maison, d'autres pièges en tout cas, euh je recherche si les médicaments sont vraiment utiles si on ne peut pas supprimer quelques médicaments. Qu'est ce que je recherche d'autre euh euh je recherche euh démence oui les déments chutes plus puis puis ... (rires).

Comment recherchez vous la démence ?

Je te dis ce que je fais ou ce que je devrais faire ?

Ce que vous faites.

Je discute de l'actualité et je vois si il y a des incohérences.

Que réalisez vous au cours de votre examen clinique ?

Je prends les constantes, j'ausculte, je fais le bilan traumatologique,

Je rappelle juste que la chute n'est pas n'est pas grave. S'il n'y a pas de critères de gravité c'est qu'il n'y a rien de cassé.

D'accord, très bien OK. Euh Ok Au niveau de l'examen clinique je je voilà je fais un examen neurologique euh un examen neurologique au niveau des jambes pour voir s'il a bien la force pour pouvoir bien marcher euh si la force suffit. Voilà.

Très bien et quelles mesures de prévention des récurrences mettez vous en place ?

Euh Tut tut euh je je modifie l'ordonnance avec les médicaments, je le je euh l'ordonnance puis je demande à ce que les tapis soient retirés.

D'accord ensuite euh non c'est tout excusez moi. Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Je me permets dans quelques semaines afin de recueillir vos impressions sur la faisabilité des recommandations H.A.S. concernant les chutes. Merci encore et bonne journée.

2^{ème} entretien :

Avez-vous reçu les recommandations H.A.S concernant les chutes des personnes âgées que je vous ai fait parvenir ?

Oui, je les ai reçues et je les ai lues.

Très bien. Alors, que pensez vous de la faisabilité des ces recommandations en pratique courante?

Je pense que les auteurs se fourvoient ou n'imaginent pas le travail d'un généraliste. Il n'est absolument pas possible de les appliquer. Ce n'est pas possible euh hum. L'examen clinique serait beaucoup trop long si on devait tester tout ce qu'ils demandent. En plus au domicile si l'on devait tester euh le champs visuel euh moi personnellement dans ma trousse je n'ai ni échelle de Parineaud, ni échelle de Monoyer donc euh je ne pourrai pas évaluer l'acuité visuelle. Ensuite il y a tellement de choses qui me semblent aberrantes, la prévention certes mais bon les recommandations environnementales on ne peut pas les appliquer dans la mesure où les patients ne les suivront pas donc je ne vois pas pourquoi on insisterait, on parle, on se fatiguerait à leur répéter la même chose sachant que de toute façon ils ne le feront pas euh donc voilà euh.

Vous avez l'air de dire, est ce que vous pensez que ces recommandations ne sont pas utiles ?

Oh si (rires) s'ils en parlent c'est qu'ils qu'elles sont utiles euh bien que euh je ne sais pas si tu l'as vu elles ont un grade C euh donc l'utilité encore une fois, euh ils ont peut être raison mais on a pas la certitude, je ne suis pas sur que les appliquer en totalité empêche un nombre de chutes. Un nombre de chutes impressionnants. Mais bon.

Très bien écoutez, je vous remercie encore pour votre disponibilité et je vous souhaite une bonne journée. Au revoir.

Au revoir

Entretiens médecin O

1^{er} entretien :

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale à la faculté de médecine de Rouen. L'enquête s'inscrit dans le cadre de la réalisation de ma thèse de doctorat en médecine générale. L'étude tend à rechercher le comportement et les difficultés des médecins généralistes face à la chute au domicile d'un patient âgé. La chute d'une personne âgée de plus de 65 ans est responsable de 9 300 décès par an. Le médecin généraliste a un rôle cible primordial de prévention secondaire. Il existe des recommandations H.A.S. Je réalise donc des entretiens semi dirigés avec des médecins généralistes de la région pour connaître votre pratique face à une chute sans gravité d'une personne âgée, puis dans un deuxième temps, je souhaite connaître votre avis concernant la faisabilité en pratiques courantes des recommandations H.A.S.

Je tiens tout d'abord à vous remercier de participer à l'étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

Quel âge avez-vous ?

J'ai 68 ans.

Etes vous un homme ou une femme ?

Je suis un homme.

Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ?

Je suis plutôt urbain.

De quelle proportion votre patientèle est elle composée de personnes âgées ?

Euh à peine 40 %

D'accord. Depuis combien d'années êtes vous installé ?

Cela fait 34 ans.

Combien faites vous de visites à domicile par jour ?

Euh je dirai entre 3 et 5.

Très bien ; Dans les trois mois précédents vous a-t-on sollicité pour une chute au domicile sans critère de gravité ?

Oui,oui cela a du m'arriver, je ne m'en souviens pas exactement mais cela a du m'arriver, je pense que oui.

D'accord. L'avez-vous vue au cabinet ou à domicile ?

Souvent les chutes chez les personnes âgées, je les voie à domicile hein.

D'accord euh. Avez-vous une formation complémentaire en gériatrie, comme un D.U., une capacité ?

Alors non je n'ai pas de D.U.

D'accord. Exercez vous en EHPAD ?

Non

D'accord Suivez vous régulièrement des FMC ?

Je suivais beaucoup de FMC, là je suis proche de l'âge de la retraite alors que j'y j'y participe moins, j'avoue.

D'accord A votre avis quel est pourcentage de chuteur chez les plus de 65 ans ?

Je ne sais pas

A peu près Euh

Euh 30 %

Et chez les plus de 85 ans ?

Euh 60 %

D'accord. Selon vous la chute est elle à prédominance mécanique ?

Non.

Avez connaissances des recommandations H.A.S. concernant la chute d'une personne âgée ?

Absolument pas, du tout.

D'accord. Maintenant passons à votre pratique. Devant une chute sans critère de gravité ni argument pour un malaise quelle est votre attitude ? Adressez vous le patient ou la patiente aux urgences ?

Ben non je ne vois pas pourquoi.

Adressez vous le patient à un spécialiste ?

Non. Je m'occupe du patient.

Que recherchez vous en terme de facteurs de risque de chute ?

Ah ah (rires) euh il y a des facteurs de risques de chutes maintenant. Je connaissais les facteurs de risques cardiovasculaires mais les facteurs de risques de chutes non. Ecoute s'il est tombé, il est tombé y a pas, c'est par maladresse y a pas de facteurs de risques vraiment. Y a pas de facteurs de risques à rechercher euh il est tombé, il est tombé

D'accord, d'accord. Que réalisez vous au cours de votre examen clinique ?

Ben ce que je réalise à chaque fois, les constantes, le pouls, la tension euh et puis l'euh, l'auscultation, si je pense à un AVC pour la cause de la chute, je fais un examen neurologique.

D'accord. Faites vous autre chose ?

Non

Et quelles mesures de prévention des récurrences mettez vous en place ?

Euh euh comme je te l'ai dit le patient est tombé, il est tombé. On lui dit juste de faire attention en marchant.

D'accord, au niveau des médicaments, de l'environnement vous ne voyez pas quelque chose à faire ?

Ben non tu sais une personne âgée qui est tombée, elle retombera. Si elle se casse quelque chose et bien là on agira. Avant on ne peut pas faire grand-chose.

D'accord, écoutez, je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Je me permets de vous recontacter dans quelques semaines afin de recueillir vos impressions sur la faisabilité des recommandations H.A.S. concernant les chutes. Merci encore et bonne journée.

2^{ème} entretien :

Avez-vous reçu (toux) les recommandations H.A.S que je vous ai fait parvenir ?

Oui

Les avez-vous lues ?

Oui, je les ai lues

Alors, que pensez vous de la faisabilité en pratique courante?

Je pense que qu'on ne peut pas les faire et euh que de toute façon elles sont inutiles euh le patient, s'il y a une chute sans gravité euh on ne peut pas prévenir ces chutes et ce n'est pas possible donc euh qu'est ce que je pense que 1 c'est que elles ne sont pas très utiles et 2 de toutes façon elle n'est pas applicable mais bon il arrive souvent que les spécialistes leurs fassent des recommandations totalement dénuées de sens euh

Vous pouvez développer un petit peu ?

Non. Je pense que tu as compris ce que je voulais dire.

Non pas vraiment, j'avoue

C'est juste que je pense que ma pratique n'est pas celle des médecins spécialistes. Voilà

D'accord. Et bien écoutez, je vous remercie encore pour votre disponibilité et je vous souhaite une bonne journée.

Y a pas de quoi. Bonne journée à toi aussi.

Au revoir.

Entretiens médecin P

1^{er} entretien :

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale à la faculté de médecine de Rouen. L'enquête qui suit s'inscrit dans le cadre de la réalisation de ma thèse de doctorat en médecine générale. L'étude tend à rechercher le comportement et les difficultés des médecins généralistes face à la chute au domicile d'un patient âgé. La chute d'une personne âgée de plus de 65 ans est responsable de 9 300 décès par an. Le médecin généraliste a un rôle cible primordial de prévention secondaire. Il existe des recommandations H.A.S. Je réalise donc des entretiens semi dirigés avec des médecins généralistes de la région pour connaître votre pratique face à une chute sans gravité d'une personne âgée, puis dans un deuxième temps, je souhaite connaître votre avis concernant la faisabilité en pratiques courantes des recommandations H.A.S.

Je tiens tout d'abord à vous remercier de participer à l'étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

Quel âge avez-vous ?

34 ans.

Etes vous un homme ou une femme ?

Un homme.

Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ?

Urbaine.

Selon vous quelle proportion de personnes âgées compte votre patientèle , quel pourcentage approximatif ? (bruit montrant qu'il ne sait pas) 30 %

D'accord. Depuis combien d'années êtes vous installé ?

J'avais 32 ans donc ça doit faire 2 ans.

D'accord. Combien faites vous de visites au domicile par jour ?

J'en fais le matin avant 10 heures euh, je commence à 8 h 30, je pense 3 en moyenne.

D'accord. Dans les trois mois précédents vous a-t-on sollicité pour une chute au domicile sans critère de gravité ?

Laissez moi réfléchir euh je ne pense pas qu'on l'ai évoqué lors de mes consultations.

D'accord euh. Avez-vous une formation complémentaire en gériatrie, un D.U., une capacité ?

Non

D'accord. Exercez vous en EHPAD ?

Non, non

D'accord Suivez vous régulièrement des FMC ?

Oui

D'accord A votre avis quel est pourcentage de chuteur chez les plus de 65 ans ?

Aucune idée.

Même pas une approximation ?

J'sais pas moi euh 40 – 50 %

Et le pourcentage de chuteur chez les plus de 85 ans ?

(rires) j'l sais encore moins (soupire) 60 % la moitié on va dire

Pour vous la chute est elle à prédominance mécanique ?

(rires) Non pas du tout non.

Avez connaissances des recommandations H.A.S. concernant la chute d'une personne âgée ?

J'en ai vaguement entendu parler, quand tu m'as envoyé le mail surtout. (rires)

Jamais avant ?

Oh je pense que je savais que ça existait mais les parcourir je ne m'en souviens plus.

D'accord. Maintenant concernant à votre pratique. Devant une chute sans critère de gravité ni argument pour un malaise quelle est votre attitude ? Adressez vous le patient ou la patiente aux urgences ?

Non

Pourquoi ?

S'il n'y a pas de critères de gravité. Pourquoi je l'enverrai aux urgences ?

D'accord Adressez vous le patient à un spécialiste ?

Un gériatre tu veux dire ?

Oui.

Ben non

Vous prenez le patient en ambulatoire, que recherchez vous en terme de facteurs de risque de chute ?

Est-ce que c'est la première chute ? Est-ce qu'il y a eu des fractures ? Est ce que il y a des problèmes pour la marche ? S'il y a des troubles de la marche, est ce que il y a une altération de l'état général ? Est ce que ... est ce qu'il y a trop de médicaments ? Souvent il y a trop de médicaments et on arrive pas à les enlever car la

patiente ou le patient souvent c'est la patiente euh refuse totalement et catégoriquement qu'on lui enlève son sa benzo.

D'accord faites vous autre chose au niveau des facteurs de risques ?

Non là la tout de suite comme ça je ne vois pas.

Que recherchez vous au cours de votre examen clinique ? Que réalisez vous pardon au cours de votre examen clinique ?

Alors, tension, auscultation à la recherche d'une arythmie ou des bruits du cœur irréguliers, des crépitants, euh .. il n'y a pas de critère de gravité c'est bien ça ?

Oui, il n'y a aucune fracture, aucun critère de gravité, pas de rhabdomyolyse, rien.

Très bien. Sinon je les recherche, je cherche les critères de gravité pour voir si j'adresse aux urgences. mais bon s'il n'y en a pas...on n'envoie pas aux urgences.

Euh une hypotension orthostatique. Et ça je n'ai pas pensé à le dire dans les facteurs de risque.

Comment vous recherchez l'hypotension orthostatique ?

Bah je prend la tension du patient allongé puis debout.

D'accord.

Et je regarde sa façon de marcher, s'il a peur de tomber, s'il est hésitant.

D'accord.

Quelles mesures de prévention des récurrences mettez vous en place ?

Des bas de contention. Si possible éviter les médicaments inutiles et puis voilà.

D'accord.

Vous voyez d'autres choses à ajouter ?

Non.

Très bien, je vous remercie d'avoir répondu à ces questions. Je me permet de vous recontacter dans quelques semaines afin de recueillir vos impressions sur la faisabilité des recommandations HAS concernant les chutes.

Merci et bonne journée.

Au revoir.

2^{ème} entretien :

Avez-vous lu les recommandations HAS que je vous ai fait parvenir ?

Oui.

Que pensez vous de la faisabilité de ces recommandations en pratique courante de médecine générale ?

Je pense qu'en ce qui me concerne, je n'avais pas conscience qu'il fallait faire tout ça. Je pense qu'on ne peut pas les appliquer parce que tout simplement on ne les connaît pas au final.

D'accord.

(Silence)

C'est compliqué hein les principes gériatriques n'ont pas été inclus dans notre formation. En FMC, on ne parle presque jamais des chutes, je ne me souviens même pas l'avoir entendu évoqué. Je n'ai pas cette notion d'analyse au cabinet ou au domicile. On a la notion à l'hôpital mais pas en cabinet. Mais je pense que le principal facteur c'est le temps. On n'aura jamais le temps de faire tout ça en consultation, ce n'est pas possible.

D'accord.

Euh il y a aussi la plainte du patient. Souvent c'est une plainte qui est glissée comme ça dans la conversation et si on ne fait pas attention on peut facilement passer à côté. Ça n'a pas le même niveau que le dépistage du cancer ou que la prévention des maladies cardiovasculaires. Pour la chute, on n'en est pas là non plus.

D'accord.

Y a-t-il d'autres barrières selon vous à l'application de ces recommandations ?

(Silence)

Non je ne vois pas. Euh le risque de chute n'est pas évalué car ce n'est pas quelque chose de concret. Les recommandations ne sont pas connues. Ça peut aussi être une barrière à leur faisabilité.

Très bien, bah écoutez je vous remercie beaucoup surtout pour votre disponibilité.

Pas de quoi content de t'avoir aidé.

Merci au revoir.

Bon courage pour la suite, tu me l'envoie ta thèse quand elle sera finie.

Je n'y manquerai pas.

Au revoir.
Au revoir.

Entretiens médecin Q

1^{er} entretien :

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale à la faculté de médecine de Rouen. L'enquête s'inscrit dans le cadre de la réalisation de ma thèse de doctorat en médecine générale. L'étude tend à rechercher le comportement et les difficultés des médecins généralistes face à la chute au domicile d'un patient. La chute d'une personne âgée de plus de 65 ans est responsable de 9 300 décès par an. Le médecin généraliste a un rôle cible primordial de prévention secondaire. Il existe des recommandations H.A.S. Je réalise donc des entretiens semi dirigés avec des médecins généralistes de la région pour connaître votre pratique face à une chute sans gravité d'une personne âgée, puis dans un deuxième temps, je souhaite connaître votre avis concernant la faisabilité en pratiques courantes des recommandations H.A.S.

Je tiens tout d'abord à vous remercier de participer à l'étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

Quel âge avez-vous ?

J'ai 56 ans.

Etes vous un homme ou une femme ?

Je suis une femme.

Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ?

Majoritairement urbaine.

Quelle proportion de personnes âgées compose votre patientèle ?

50 % ... la moitié

D'accord. Depuis combien d'années êtes vous installé ?

1988 : 24 ans.

Combien faites vous de visites à domicile par jour ?

Très peu j'en fais une tout au plus.

D'accord et avec une patientèle âgée ce n'est pas difficile d'en faire qu'une ?

Si, si mais je les répartis et il y a rarement des urgences.

D'accord. Dans les trois mois précédents vous a-t-on sollicité pour une chute au domicile sans critère de gravité ?

Oui

L'avez-vous vue au cabinet ou à domicile ?

Au domicile

D'accord. Avez-vous une formation complémentaire en gériatrie ?

Non

D'accord. Exercez vous en EHPAD ?

Non.

Selon vous la chute est-elle à prédominance mécanique ?

Non non. Comment dit-on elle est comment dit-on déjà ? Elle est plurifactorielle

Avez connaissances des recommandations H.A.S. concernant la chute d'une personne âgée ?

Oui il m'est arrivé de les lire

D'accord. Maintenant nous allons passer à votre pratique. Devant une chute sans critère de gravité ni argument pour un malaise quelle est votre attitude ? Adressez vous le patient ou la patiente aux urgences ?

Non s'il n'y a pas de critère de gravité non je ne l'adresse pas aux urgences.

Adressez vous le patient à un spécialiste ?

Euh oui je l'adresse à un gériatre.

D'accord, pour quelles raisons ?

La chute chez une personne âgée c'est comme une démence, je demande un avis spécialisé car les gériatres ont l'habitude de cette pathologie. Ils rechercheront tout ce qui est nécessaire pour éviter la récurrence. Je ne

pense pas avoir assez de connaissances pour pouvoir prendre en charge de façon adaptée une personne âgée ayant chuté. Les recommandations sont très longues à appliquer et je ne pense pas qu'une consultation qui prend environ 15 à 20 mn puisse suffire à les appliquer dans leur totalité donc une consultation gériatrique dure plus longtemps et ne se concentre que sur cette pathologie donc la personne âgée peut bien être prise en charge et moi éventuellement appliquer certaines recommandations sur les conseils du ou de la gériatre.

D'accord, mais euh d'accord vous ne recherchez pas de facteurs de risques de chute ?

Non non j'essaie d'appliquer euh d'appeler l'hôpital euh d'Elbeuf et euh la programmer en consultation gériatrique.

Même s'il n'y a pas de démence ?

Même s'il n'y a pas de démence, la chute c'est gériatrique je ne suis pas persuadée que ce soit vraiment de la médecine générale

D'accord, vous dites ça parce que ... ?

Je pense qu'on n'est pas compétent là dessus ?

Très bien. Vous réalisez quand un examen clinique ?

Bien sur. Je recherche une hypotension orthostatique, une auscultation pulmonaire, une auscultation cardiaque, je palpe les pouls périphériques, je fais un examen cardiovasculaire et neurologique mais j'adresse quand même au gériatre.

D'accord, ben écoutez, je vous remercie beaucoup d'avoir répondu à toutes ces questions. Je me permets de vous recontacter dans quelques semaines afin de recueillir vos impressions sur la faisabilité des recommandations H.A.S. concernant les chutes. Merci encore et bonne journée.

Très bien

Au revoir.

2^{ème} entretien :

Avez-vous reçu les recommandations H.A.S que je vous ai envoyées ?

Oui

Les avez-vous relues puisque vous les aviez déjà lues. C'est savoir si vous les aviez relues pour les avoir bien en tête ?

Oui oui

Que pensez vous de la faisabilité de ces recommandations en pratique courante ?

Ben comme je te l'ai expliqué la dernière fois euh je pense qu'elle euh prene trop de temps donc on ne peut pas les appliquer et euh du coup le la le fait d'adresser à un gériatre pour moi c'est la bonne solution en plus on a un problème de compétences, de connaissances euh sur cet ce problème qu'est la chute comme tu l'as dit la dernière fois il y a à peu près 6 6 000 6 500 chutes c'est ce que tu disais par an donc euh hum donc c'est un problème et je pense qu'on en a pas encore conscience .

D'accord.

En plus c'est difficile à appliquer car en gériatrie, comme en pédiatrie d'ailleurs, on doit impliquer la famille on doit euh moi personnellement, j'ai l'habitude de demander à ce que les fils et les filles qui aident à gérer euh la vie de leurs parents euh viennent également à la consultation afin qu'ils comprennent euh qu'ils comprennent ce qui ce passe. Je parle la évidemment hors chute mais bon c'est difficile de demander aux membres de la famille s'il y a un problème dans la maison, des choses comme ça car euh ils sont souvent inconscients de ce qui ce passe chez leurs parents donc euh moi je trouve qu'il est quand même difficile d'appliquer ces recommandations euh je pense que des gens spécialisés dans ce domaine existe et qu'il faut s'en servir.

Très bien.

Et en plus eux ont une discipline pluridisciplinaire nous nous sommes un petit peu isolés. Donc c'est quand même plus pratique. Voilà est ce que j'ai répondu à tes questions ?

Oui, écoutez je suis très content de cet entretien et je vous remercie encore pour votre disponibilité je vous souhaite une bonne journée.

Bonne journée à toi aussi.

Au revoir.

Entretiens médecin R

1^{er} entretien :

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale à la faculté de médecine de Rouen. L'enquête s'inscrit dans le cadre de la réalisation de ma thèse de doctorat en médecine générale. L'étude tend à rechercher le comportement et les difficultés des médecins généralistes face à la chute au domicile d'un patient. La chute d'une personne âgée de plus de 65 ans est responsable de 9 300 décès par an. Le médecin généraliste a un rôle cible primordial de prévention secondaire. Il existe des recommandations H.A.S. Je réalise donc des entretiens semi dirigés avec des médecins généralistes de la région pour connaître votre pratique face à une chute sans gravité d'une personne âgée, puis dans un deuxième temps, je souhaite connaître votre avis concernant la faisabilité en pratiques courantes des recommandations H.A.S.

Je tiens tout d'abord à vous remercier de participer à l'étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

Quel âge avez-vous ?

J'ai 39 ans.

Etes vous un homme ou une femme ?

Je suis une femme.

Votre activité est-elle majoritairement rurale ou urbaine ?

Elle est euh entre les deux euh plutôt rurale quand même je suis en zone péri urbaine

Combien votre patientèle compte t-elle de personnes âgées à peu près en % évidemment ?

Je n'en ai pas beaucoup, je dirai 20 %.

D'accord

Je vois beaucoup d'enfants, je vois plus d'enfants étant donné que suis installée depuis pas mal d'années je commence à voir de plus en plus de personnes âgées.

D'accord. Depuis combien d'années êtes vous installée ?

Je me suis installée en 98 euh je veux dire 2008, donc ça fait 4 ans.

Combien faites vous de visites à domicile par jour ?

Beaucoup 4 – 5 souvent 4 et je fais des visites surtout chez les personnes âgées

Dans les trois mois précédents vous a-t-on sollicité pour une chute au domicile sans critère de gravité ?

Dans les 3 derniers mois je ne pense pas non. Non non on ne m'a pas sollicitée

Avez-vous une formation complémentaire en gériatrie, un D.U., une capacité ?

Aussi mais c'est très vieux à mon époque cela s'appelait une attestation de gériatrie que j'ai faite un an après l'attestation de pédiatrie.

D'accord. Exercez vous en EHPAD ?

Oui.

Suivez vous des F.MC régulièrement ?

Oui oui j'ai un groupe de pairs et on se réunit une fois par mois au moins et je suis abonnée à pleins de revue notamment PRESCRIRE, la revue du prat...

A votre avis quel est le pourcentage de chuteur chez les plus de 65 ans ?

Donc si j'ai bien compris ta question le pourcentage de chuteur que j'estime chez les plus de 65 ans ?

Oui c'est ça.

Oh je ne sais pas, il faut donner un ordre d'idée ?

Oui

Les personnes à domicile ?

Oui oui les personnes non institutionnalisées.

(long silence) 20 %

Chez les plus de 85 ans ?

Ca doit être un peu plus quand même (silence) 40 mais ça me paraît beaucoup

Selon vous la chute est-elle à prédominance mécanique ?

Elle est multifactorielle.

Avez connaissances des recommandations H.A.S. concernant la chute d'une personne âgée ?

Je ne pense pas.

Concernant votre pratique Devant une chute sans critère de gravité ni argument pour un malaise, quelle est votre attitude ? Adressez vous le patient ou la patiente aux urgences ?

Non. Pas au début.

Adressez vous le patient ou la patiente à un spécialiste ?

Non.

Que recherchez vous en terme de facteurs de risques de chute ?

Je n'adresse pas d'emblée comme ça aux urgences ou à un gériatre

Que recherchez vous en terme de facteurs de risques de chute ?

Facteurs de risques : iatrogène évidemment, le deuxième en découle du premier c'est l'hypotension orthostatique déjà on commence avec ça. Ensuite, ben les facteurs mécaniques c'est-à-dire les tapis, le chaussage, oui c'est ça est ce qu'elle allume bien la lumière la nuit quand elle va à la salle de bains ou quand elle se lève

Que réalisez vous au cours de votre examen clinique ?

Une recherche d'hypotension statique, une auscultation, une analyse neurologique euh la sensibilité euh voilà euh un fécalome aussi.

Vous faites un toucher rectal ?

Oui oui

D'accord, quelles mesures des récidives mettez vous en place ?

Je regarde un petit peu où elle dort, son lit, si la lumière, justement on parlait de la lumière, si la lumière fonctionne bien, si elle éclaire assez et on a éliminé l'AVC ou le le passage en AC/FA ?

Oui oui on a tout éliminé au niveau étiologie c'est juste une chute sans critère de gravité ni argument pour un malaise. Avez-vous d'autres remarques ?

Non ça y est c'est fini

Oui pour la première partie

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Je me permets de vous recontacter dans quelques semaines afin de recueillir vos impressions sur la faisabilité des recommandations H.A.S. concernant les chutes. Merci encore et bonne journée.

2^{ème} entretien :

Avez-vous reçu les recommandations H.A.S que je vous ai parvenir concernant les chutes à domicile ?

Oui en effet j'en ai pris connaissance hum hum.

Alors que pensez vous de la faisabilité de ces recommandations en pratique courante?

Il y a beaucoup de difficultés à surmonter pour pouvoir les appliquer. Déjà euh les patients ne vont pas rapporter leur chute. Je pense que ça c'est un obstacle à l'application de ces recommandations étant donné qu'elles ne seront pas appliquées si le patient ne nous dit pas qu'il chute. Les patients sont dans le déni de la vieillesse, le déni de la pathologie et euh ils nous disent pas quand ils chutent et ils refusent d'admettre qu'ils perdent leur mobilité parce qu'il pense que la prochaine étape c'est euh c'est la maison de retraite, ils vont essayer de minimiser les choses. Ca aussi ça peut être un obstacle du point de vue du patient. Ensuite en ce qui nous concerne, je pense que c'est logique que le temps passé euh à réaliser toutes ces recommandations euh il est trop important c'est vraiment trop chronophage et on ne peut pas euh on ne peut pas se permettre de tout réaliser c'est pas possible.

D'accord.

Euh ensuite adapter l'ordonnance très bien mais bon euh quand le patient euh notamment pour les traitements de l'insomnie euh ils sont habitués et euh à leurs médicaments depuis des années euh un sevrage n'est pas bénéfique. En plus, grade C les recommandations, je ne pense pas que ce soit des recommandations très intéressantes. Voilà

Très bien, vous avez autre chose à ajouter ?

Non.

Et bien écoutez je conclus ce deuxième entretien, je vous remercie encore pour votre disponibilité je vous souhaite une bonne journée.

Au revoir.

Au revoir.

Entretiens médecin S

1^{er} entretien :

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale à la faculté de médecine de Rouen. L'enquête s'inscrit dans le cadre de la réalisation de ma thèse de doctorat en médecine générale. L'étude tend à chercher le comportement et les difficultés des médecins généralistes face à la chute au domicile d'un patient. La chute d'une personne âgée de plus de 65 ans est responsable de 9 300 décès par an. Le médecin généraliste a un rôle cible primordial de prévention secondaire. Il existe des recommandations H.A.S. Je réalise donc des entretiens semi dirigés avec des médecins généralistes de la région pour connaître votre pratique face à une chute sans gravité d'une personne âgée, puis dans un deuxième temps, je souhaite connaître votre avis concernant la faisabilité en pratiques courantes des recommandations H.A.S.

Je tiens tout d'abord à vous remercier de participer à l'étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

Alors Quel âge avez-vous ?

J'ai 42 ans.

Etes vous un homme ou une femme ?

Un homme.

Avez une activité rurale ou urbaine ?

Rurale.

Depuis combien d'années êtes vous installé ?

Ca fait 10 déjà.

D'accord (toux) votre patientèle est composée de combien de personnes âgées euh à peu près ... en pourcentage?

Oh j'en ai pas beaucoup, 20 %, 30 % pas plus.

D'accord. Combien faites vous de visites à domicile par jour ?

Très peu, très peu j'en fais 2 maximums que je réserve aux personnes âgées à mobilité réduite.

D'accord. Dans les 3 derniers mois, vous a-t-on sollicité pour une chute à domicile sans critères de gravité ?

Euh oui oui oui, chez une petite mamie fort sympathique.

D'accord, l'avez-vous vu au cabinet ou à domicile ?

Je l'ai vu chez elle, elle a du mal à marcher.

Avez-vous une formation complémentaire en gériatrie, D.U., une capacité ?

Non.

Exercez vous en EHPAD ?

Non.

D'accord. Suivez vous régulièrement les F.M.C. ?

Bien sur que oui.

A votre avis quel est le pourcentage de chuteur chez les patients âgés de plus de 65 ans ?

Je n'en ai absolument aucune idée.

Hum à peu près ?

A peu près 30 % je ne sais pas.

Et chez les plus de 85 ans ?

Hum presque un sur deux euh presque un sur deux euh je dirai 50 %.

D'accord.

Je suis loin de la vérité ?

Non non vous êtes très près proche c'est un peu près un tiers pour les plus de 65 ans et un peu moins de la moitié pour les 85 ans

Ca doit être un peu plus quand même (silence) 40 mais ça me paraît beaucoup

Selon vous la chute est-elle à prédominance mécanique ?

Non

Pouvez vous développer ?

Non (rire)

Avez connaissances des recommandations H.A.S. concernant la chute d'une personne âgée ?

Non pas du tout.

D'accord. Devant une chute sans critère de gravité ni argument pour un malaise quelle est votre attitude ?

Adressez vous le patient ou la patiente aux urgences ?

Comme ça non

Et à un gériatre, un spécialiste ?

Non plus

Que recherchez vous en terme de facteurs de risques de chute ?

S'il y a déjà eu des chutes, si euh si elle euh a des tapis, si elle est isolée, si elle est seule, si elle démente ouf voilà tout ça.

Comment vous recherchez sa démence ?

Dans les antécédents.

Si elle n'a pas d'antécédent de démence ?

Je dépiste.

Comment ?

MMS.

Ok.

Rien d'autre ?

Non je ne vois rien d'autres.

Très bien. Que réalisez vous au cours de votre examen clinique ?

Un examen clinique normal, auscultation, tension

C'est tout ?

Oh un examen neuro, je recherche un AVC.

La cause, il n'y a pas eu de malaises, il n'y a pas eu de problèmes au niveau étiologique, c'est une chute qu'on qualifie de maladresse.

Ah d'accord.

Quelles mesures de prévention des récurrences mettez vous en place ?

Je fais retirer les tapis euh euh, je la fais marcher, je prescris de la kiné.

Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Je me permets de vous recontacter dans quelques semaines afin de recueillir vos impressions sur la faisabilité des recommandations H.A.S. concernant les chutes.

Merci encore et bonne journée.

Ah bon !!!

Oui oui je vous l'ai dit en mail.

Ah j'avais pas lu jusque là. Oh ben écoute, si j'ai le temps OK mais je ne garantis rien.

Merci encore et bonne journée.

Toi aussi.

2^{ème} entretien :

Bonjour, est ce que vous avez-vous reçu les recommandations H.A.S que je vous ai parvenir?

Oui mais là j'ai pas le temps.

Vous voulez que je rappelle plus tard ?

Non non non j'aurai pas le temps euh ça prend trop de temps je je suis désolé là je je peux plus euh là je peux plus, je peux plus euh j'ai pas temps.

D'accord. Même pas pour répondre si elles sont faisables ?

Non non, je les ai même pas lues, j'ai pas eu le temps et j'aurai pas le temps donc je suis désolé.

Au revoir

Au revoir.

Merci quand même.

Entretiens médecin T

1^{er} entretien :

Bonjour,

Je suis interne en médecine générale à la faculté de médecine de Rouen. L'enquête qui suit s'inscrit dans le cadre de la réalisation de ma thèse de doctorat en médecine générale. L'étude tend à rechercher le comportement et les difficultés des médecins généralistes face à la chute au domicile d'un patient. La chute d'une personne âgée de plus de 65 ans est responsable de 9 300 décès par an. Le médecin généraliste a un rôle cible primordial de prévention secondaire. Il existe des recommandations H.A.S. Je réalise donc des entretiens semi dirigés avec des médecins généralistes de la région pour connaître votre pratique face à une chute sans gravité d'une personne âgée, puis dans un deuxième temps, je souhaite connaître votre avis concernant la faisabilité en pratiques courantes des recommandations H.A.S.

Je tiens tout d'abord à vous remercier de participer à l'étude.

Commençons par des informations générales vous concernant :

Quel âge avez-vous ?

J'ai 64 ans.

Etes vous un homme ou une femme ?

Je suis un homme

Avez-vous une activité plutôt rurale ou plutôt urbaine ?

Semi rurale mais bon plutôt rurale allez ne soyons pas pingre

Votre clientèle comporte des personnes âgées à peu près à quel pourcentage de personnes âgées de plus de 65 ans ?

Environ un tiers.

D'accord. Depuis combien d'années êtes vous installé ?

27 ans. 27 ans oui. Je me suis installé j'avais 37 ans oui 27 ans c'est ça.

D'accord. Dans les trois mois précédents vous a-t-on sollicité pour une chute au domicile sans critère de gravité ?

Ouai.

L'avez-vous vue au cabinet ou au domicile ?

Au domicile. Une personne âgée, il avait 87 ans et euh il a chuté sur le carrelage de sa salle de bain mais non je suis en train de penser il y avait de la gravité il avait un traumatisme crânien. Je l'ai vu à domicile, je ne l'ai pas fait hospitaliser mais euh il y avait un traumatisme donc, tu considères ça comme une complication ?

Ben oui.

Sinon non alors. Je ne me souviens pas.

D'accord. Avez-vous une formation complémentaire en gériatrie, un D.U., une capacité ?

Oui il y a longtemps le certificat.

Exercez vous en EHPAD ?

Oui

D'accord.

Suivez vous régulièrement des F.M.C. ?

Oui oui plus l'abonnement à des revues oui oui j'ai je me tiens au courant de ce qui de ce qui s'annonce en médecine, de ce qui est nouveau.

A votre avis quel est le pourcentage de chuteur chez les plus de 65 ans ?

Pou !!! Je sais pas comme ma clientèle on va dire un tiers.

Chez les plus de 85 ans ?

40 %

D'accord. Selon vous la chute est-elle à prédominance mécanique ?

Ah ah (rire). Bien sur que non.

Avez connaissances des recommandations H.A.S. concernant la chute d'une personne âgée ?

Non je ne savais pas.

Passons maintenant à votre pratique Alors Devant une chute sans critère de gravité ni argument pour un malaise, ou pour une étiologie grave quelle est votre attitude ? Adressez vous le patient aux urgences ?

Euh Non les urgences ce n'est pas la solution à tout, tu sais.

Adressez vous le patient à un spécialiste ?

Non plus.

Que recherchez vous en terme de facteurs de risques de chute, si vous prenez le patient en ambulatoire ?

Ben je recherche s'il a déjà chuté, s'il a des médicaments, qu'est ce qu'il y a d'autre euh les tapis

D'accord, vous voyez autre chose ?

Non.

Que réalisez vous au cours de votre examen clinique ?

Comme tout le monde, une tension, le fréquence cardiaque et ensuite le reste ça dépend des points d'appel.

Quelles mesures de prévention des récidives mettez vous en place ?

Alors quelles mesures de prévention des récidives je met en place, c'est une très très bonne question euh je lui dis de retirer les tapis euh j'essaye de limiter le nombre de médicaments et euh qu'est ce que je fais d'autre ? Je lui dis de faire de l'exercice, je lui prescris éventuellement de la kiné de marche et puis et puis voilà le tour est joué

D'accord (rires).Je vous remercie d'avoir répondu à toutes ces questions. Je me permets de vous recontacter dans quelques semaines afin de recueillir vos impressions sur la faisabilité des recommandations H.A.S. concernant les suites les chutes pardon. Merci encore et bonne journée.

Toi aussi

2^{ème} entretien :

Avez-vous lu les recommandations H.A.S concernant les chutes que je vous ai parvenir?

Oui

Que pensez vous de la faisabilité de ces recommandations en pratique courante?

Ben Je pense que la faisabilité est remise en question. Que non non on ne peut pas tout faire ça ne peut pas être faisable non même si beaucoup c'est de la bonne pratique tout le monde le fait hein l'examen clinique euh voilà j'ai pas su te le dire mais euh j'ai pas pensé à te le dire mais évidemment la majorité de ce qu'ils disent je le fais hein même analyser la marche. Analyser la marche on a pas besoin de dire qu'on va l'analyser étant donné qu'on voit le patient marcher donc on l'analyse forcément et j'ai pas pensé à le dire.

D'accord. Et pourquoi vous pensez que c'est pas applicable en pratique courante ?

Oh ben parce que c'est long euh tu vois pas euh cela prendrait pfff 3, 4,5 consultations hein vraiment c'est pas possible euh on en est tous conscients, toi comme moi.

Moi, je ne prends pas part, c'est votre avis qui m'intéresse.

D'accord.

Bon il y a d'autres idées pour les recommandations qui ne seraient pas applicables en pratique courante ?

Ben oui j'en ai des tas. Hum, tu sais en milieu rural on fait on fait comme on peut on essaie de palier au manque de structures médicales aux alentours et euh et euh du coup au niveau du temps on est limité, on a beaucoup de patient, on doit beaucoup se déplacer euh voilà bon personnellement je fais pas beaucoup de visites par rapport à mon confrère, mon associé je vraiment j'en fais beaucoup moins que lui c'est lui que tu aurais du interroger.

D'accord. Donc pas d'autres remarques sur les recommandations ?

Ben écoute, je les ai sous les yeux non je pense euh je pense euh je pense que tout a été dit euh et redit parce que si on les écoute on doit faire un MMS, et c'est juste pas possible, un test de l'horloge, un test des cinq mots, tu vois pas c'est c'est impossible, on peut pas tout réaliser, c'est pas réalisé pour des médecins généralistes, c'est réalisé pour des prises en charge hospitalières, donc et puis bon je pense pas que tout soit absolument nécessaire entre nous.

Très bien est ce que vous avez d'autres remarques ?

Non non.

Je vous remercie encore pour votre disponibilité. Au revoir

Au revoir

Bibliographie

1. www.drees.sante.gouv.fr L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010/Chutes des personnes âgées : 308-309.
2. Calkins, D.R., et al., *Failure of physicians to recognize functional disability in ambulatory patients*. Ann Intern Med, 1991. **114**(6): p. 451-4.
3. www.has-sante.fr Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée/Argumentaire /Recommandations pour la pratique clinique, novembre 2005
4. Scuffham, P., S. Chaplin, and R. Legood, *Incidence and costs of unintentional falls in older people in the United Kingdom*. J Epidemiol Community Health, 2003. **57**(9): p. 740-4.
5. www.insee.fr Evolution de l'espérance de vie, 2011. Consulté le 19/01/2012
6. www.who.int World Health Organization Definition of an older or elderly person, 2012. Consulté le 04/03/2012.
7. www.travail-emploi-sante.gouv.fr Plan national « Bien vieillir » 2007-2009
8. Belmin J, Chassagne P, Fricourt P, Gonthier R, Jeandel C, Nourhashemi F, Pfitzenmeyer P, Gériatrie pour le praticien. Pour le praticien, ed. Elsevier/Masson. Novembre 2009. 835.
9. Winograd, C.H., et al., *Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes*. J Am Geriatr Soc, 1991. **39**(8): p. 778-84.
10. Fried, L.P., et al., *Frailty in older adults: evidence for a phenotype*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2001. **56**(3): p. M146-56.
11. Cohen, H.J., et al., *A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management*. N Engl J Med, 2002. **346**(12): p. 905-12.
12. Rainfray, M., et al., [*Comprehensive geriatric assessment: a useful tool for prevention of acute situations in the elderly*]. Ann Med Interne (Paris), 2002. **153**(6): p. 397-402.
13. Oberlin P., Mouquet M. Les fractures du col du fémur en France entre 1998 et 2007 : quel impact du vieillissement ? Etudes et Resultats (DREES Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation Statistique), 2010 (723)
14. www.has-sante.fr Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées, avril 2009.
15. Revel C. www.has-sante.fr Chutes répétées des personnes âgées : recommandations pour la prise en charge-Focus-HAS actualités et pratiques 19, mai 2010
16. Al-Aama, T., *Falls in the elderly: spectrum and prevention*. Can Fam Physician, 2011. **57**(7): p. 771-6.
17. www.has-sante.fr Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée/Recommandations/Recommandations pour la pratique clinique, novembre 2005.
18. Woolcott, J.C., et al., *Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons*. Arch Intern Med, 2009. **169**(21): p. 1952-60.
19. Auvray L, Sermet C. Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées : un état des lieux. Gérontol Soc 2002;103:13-27
20. Salgado, R.I., et al., *Predictors of falling in elderly hospital patients*. Arch Gerontol Geriatr, 2004. **38**(3): p. 213-9.
21. Oakley, A., et al., *Preventing falls and subsequent injury in older people*. Qual Health Care, 1996. **5**(4): p. 243-9.
22. Uusi-Rasi, K., et al., *Study protocol for prevention of falls: a randomized controlled trial of effects of vitamin D and exercise on falls prevention*. BMC Geriatr, 2012. **12**: p. 12.
23. Parker, M.J., W.J. Gillespie, and L.D. Gillespie, *Effectiveness of hip protectors for preventing hip fractures in elderly people: systematic review*. BMJ, 2006. **332**(7541): p. 571-4.
24. Holloway, I. and S. Wheeler, *Ethical issues in qualitative nursing research*. Nurs Ethics, 1995. **2**(3): p. 223-32.

25. Green, J. and N. Britten, *Qualitative research and evidence based medicine*. BMJ, 1998. **316**(7139): p. 1230-2.
26. Naylor, C.D., *Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine*. Lancet, 1995. **345**(8953): p. 840-2.
27. Freidson E. *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago, 1988, 440.
28. Atkinson P. *Medical talk and medical work: the liturgy of the clinic*. London : Sage, 1995, 164.
29. Greer, A.L., *The state of the art versus the state of the science. The diffusion of new medical technologies into practice*. Int J Technol Assess Health Care, 1988. **4**(1): p. 5-26.
30. Greer, A.L., *Scientific knowledge and social consensus*. Control Clin Trials, 1994. **15**(6): p. 431-6.
31. www.conseil-national.medecin.fr La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Haute-Normandie. Situation au 1er juin 2011, 2011
32. DREES Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation Statistique www.sante.gouv.fr Les consultations et visites des médecins généralistes Un essai typologique, n°315, juin 2004
33. www.ars.haute-normandie.sante.fr Programme Professions de santé de Haute-Normandie Démographie des professionnels de santé en Haute Normandie, 2011
34. Keough, M.E., T.S. Field, and J.H. Gurwitz, *A model of community-based interdisciplinary team training in the care of the frail elderly*. Acad Med, 2002. **77**(9): p. 936.
35. www.sante.gouv.fr L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2011/Chutes des personnes âgées : 332-333
36. Salter, A.E., et al., *Community-dwelling seniors who present to the emergency department with a fall do not receive Guideline care and their fall risk profile worsens significantly: a 6-month prospective study*. Osteoporos Int, 2006. **17**(5): p. 672-83.
37. Mahoney, J., et al., *Risk of falls after hospital discharge*. J Am Geriatr Soc, 1994. **42**(3): p. 269-74.
38. Davenport, R.D., et al., *Falls following discharge after an in-hospital fall*. BMC Geriatr, 2009. **9**: p. 53.
39. Epstein, A.M., et al., *The emergence of geriatric assessment units. The "new technology of geriatrics"*. Ann Intern Med, 1987. **106**(2): p. 299-303.
40. Rubenstein, L.Z., et al., *Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial*. N Engl J Med, 1984. **311**(26): p. 1664-70.
41. Elsayy, B. and K.E. Higgins, *The geriatric assessment*. Am Fam Physician, 2011. **83**(1): p. 48-56.
42. Reuben, D.B., et al., *Looking inside the black box of comprehensive geriatric assessment: a classification system for problems, recommendations, and implementation strategies*. J Am Geriatr Soc, 1996. **44**(7): p. 835-8.
43. Stuck, A.E., et al., *Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials*. Lancet, 1993. **342**(8878): p. 1032-6.
44. Tinetti, M.E. and C. Kumar, *The patient who falls: "It's always a trade-off"*. JAMA, 2010. **303**(3): p. 258-66.
45. Deandrea, S., et al., *Risk factors for falls in community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis*. Epidemiology, 2010. **21**(5): p. 658-68.
46. Holloway, A., *Patient knowledge and information concerning medication on discharge from hospital*. J Adv Nurs, 1996. **24**(6): p. 1169-74.
47. Esman L, Oustric S, Michot M, Vidal M, Nicodème R, Arlet P. *Rôle du patient dans la rédaction de l'ordonnance en médecine générale*. Rev Prat. 2006;732:594-6
48. Mendu, M.L., et al., *Yield of diagnostic tests in evaluating syncopal episodes in older patients*. Arch Intern Med, 2009. **169**(14): p. 1299-305.

49. Tinetti, M.E. and S.F. Ginter, *Identifying mobility dysfunctions in elderly patients. Standard neuromuscular examination or direct assessment?* JAMA, 1988. **259**(8): p. 1190-3.
50. Shumway-Cook, A., S. Brauer, and M. Woollacott, *Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test.* Phys Ther, 2000. **80**(9): p. 896-903.
51. Bohannon, R.W., *Comfortable and maximum walking speed of adults aged 20-79 years: reference values and determinants.* Age Ageing, 1997. **26**(1): p. 15-9.
52. de Hoon, E.W., et al., *Quantitative assessment of the stops walking while talking test in the elderly.* Arch Phys Med Rehabil, 2003. **84**(6): p. 838-42.
53. Lundin-Olsson, L., L. Nyberg, and Y. Gustafson, *"Stops walking when talking" as a predictor of falls in elderly people.* Lancet, 1997. **349**(9052): p. 617.
54. Dubost V, Beauchet O, Belmin J. Comment évaluer la marche et l'équilibre chez les sujets âgés fragiles : les tests get-up and go et timed up and go. La Revue de Gériatrie 2009 ; 34 : 145-50.
55. Allen, C.M., et al., *A randomized, controlled clinical trial of a geriatric consultation team. Compliance with recommendations.* JAMA, 1986. **255**(19): p. 2617-21.
56. Reuben, D.B., et al., *The Prevention for Elderly Persons (PEP) Program: a model of municipal and academic partnership to meet the needs of older persons for preventive services.* J Am Geriatr Soc, 1996. **44**(11): p. 1394-8.
57. Sears, C.L. and M.E. Charlson, *The effectiveness of a consultation. Compliance with initial recommendations.* Am J Med, 1983. **74**(5): p. 870-6.
58. Cefalu, C.A., *Adhering to inpatient geriatric consultation recommendations.* J Fam Pract, 1996. **42**(3): p. 259-63.
59. Kravitz, R.L., et al., *Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions.* Arch Intern Med, 1993. **153**(16): p. 1869-78.
60. Shah, P.N., et al., *Managing geriatric syndromes: what geriatric assessment teams recommend, what primary care physicians implement, what patients adhere to.* J Am Geriatr Soc, 1997. **45**(4): p. 413-9.
61. Maly, R.C., et al., *Implementation of consultative geriatric recommendations: the role of patient-primary care physician concordance.* J Am Geriatr Soc, 2002. **50**(8): p. 1372-80.
62. Bayada JM, Pras P, Bertrand F, Sanaes G, Barbeau P. Observance médicamenteuse : enquête réalisée auprès de 170 patients de plus de 65 ans et analyse de la littérature. La revue de Gériatrie. 1985 ;10(10) :319-324
63. Prescrire Rédaction. Personnes âgées faisant des chutes répétées : le complément inutile d'un guide HAS inutile. Revue Prescrire 2010, 30, 316, 151
64. Prescrire Rédaction. Prévention des chutes chez la personne âgée : un guide HAS confus et non actualisé. Revue Prescrire 2007, 27, 285, 548
65. Prescrire Rédaction. Pourquoi trier les guides de pratique clinique de la Haute Autorité de Santé (HAS) ? Revue Prescrire 2007, 27, 289, 876
66. Prescrire Rédaction. Les guides de pratique clinique examinés et triés par la revue Prescrire. Revue Prescrire 2007, 27, 282, 305-06
67. Prescrire Rédaction. Risque de chute des sujets âgés. Revue Prescrire 2002, 22, 228, 382.
68. Chou, W.C., et al., *Perceptions of physicians on the barriers and facilitators to integrating fall risk evaluation and management into practice.* J Gen Intern Med, 2006. **21**(2): p. 117-22.

Résumé

Introduction : La chute du sujet âgé est un réel problème de santé publique dans la population gériatrique de part sa fréquence et sa morbi-mortalité. Des recommandations de prévention de la chute ont vu le jour ces dernières années notamment les recommandations HAS. Le médecin traitant, par son mode d'exercice, est la cible de cette prévention. L'objectif de notre étude est donc d'évaluer l'attitude du médecin traitant lors d'une chute sans gravité à domicile d'une personne âgée et de commenter la faisabilité des recommandations en pratique courante.

Matériel et méthodes : Nous avons mené une étude transversale observationnelle qualitative réalisée de décembre 2011 à mars 2012, basée sur des entretiens semi dirigés chez 20 médecins généralistes. Les données recueillies ont concerné, dans un premier temps, l'état civil et la prise en charge d'une chute au domicile et, dans un deuxième temps, l'avis sur la faisabilité des recommandations HAS envoyées.

Résultats : Pour la première partie des entretiens, la majorité des médecins généralistes interrogés prennent en charge la chute sans gravité de la personne âgée à domicile. Le recours aux urgences et l'avis spécialisé sont cités par l'échantillon. Ils évoquent la recherche de facteurs intrinsèques et/ou extrinsèques, des anomalies cliniques et proposent souvent des adaptations de l'environnement. Pour la seconde partie, les recommandations HAS leur semblent utiles mais difficilement applicables en pratique courante en raison du caractère chronophage, du grand nombre d'items et d'un manque de hiérarchisation.

Conclusion : La sensibilité des médecins traitants de l'étude au dépistage des chutes semble bonne mais la hiérarchisation et la diminution du nombre d'items permettraient une meilleure adhésion.

Mots clés : Chutes, personnes âgées, médecine générale, recherche qualitative, recommandations.