



HAL
open science

Prise en charge d'une chute chez les personnes âgées de plus de 75 ans en zone rurale par les médecins généralistes des Landes

Alix Boitte

► To cite this version:

Alix Boitte. Prise en charge d'une chute chez les personnes âgées de plus de 75 ans en zone rurale par les médecins généralistes des Landes. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01473371

HAL Id: dumas-01473371

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01473371>

Submitted on 21 Feb 2017

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.

**THESE POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**

Discipline : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 25 janvier 2017

Par **Alix BOITTE**

Née le 26/07/1987 à Nérac (47)

**PRISE EN CHARGE D'UNE CHUTE CHEZ LES PERSONNES
AGEES DE PLUS DE 75 ANS EN ZONE RURALE PAR LES
MEDECINS GENERALISTES DES LANDES**

Sous la direction de Mme le Dr Véronique CRESSOT

JURY

Mme le Professeur RAINFRAY Muriel	Présidente
M. le Docteur ADAM Christophe	Rapporteur
Mme le Professeur SALLES Nathalie	Juge
Mme le Docteur LAUGA-CLERCQ Marie Pierre	Juge
Mme le Docteur CRESSOT Véronique	Juge

REMERCIEMENTS

A la présidente du Jury, le Pr Muriel RAINFRAY, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury de thèse.

Au Dr Christophe ADAM pour avoir porté de l'intérêt à ce travail de thèse et pour avoir accepté d'en être le rapporteur.

Au Professeur Nathalie Salles pour l'attention portée à ce travail et de faire partie de ce jury.

Au Dr Marie-Pierre LAUGA-CLERCQ d'être présente pour juger mon travail mais aussi pour son soutien et l'accueil chaleureux au sein du Cabinet Médical de Labrit.

Au Dr Véronique CRESSOT, pour m'avoir guidée tout au long de cette thèse. Vos bons conseils et votre soutien m'ont permis de réaliser cette thèse dans les meilleures conditions.

A mes parents, qui me supportent dans tous les sens du terme depuis le début. Merci de votre patience et de votre compassion face à mes humeurs liées à ces études. Je me rends bien compte que vous avez et serez toujours là pour nous et j'espère un jour l'être autant pour vous. Vous êtes un peu sans le savoir mon modèle de vie.

A mes frères, Hubert, Jb, Xav ; merci d'avoir été présents de loin ou de près durant ces longues études. Jb merci pour ta participation à cette thèse version anglophone et au dépannage bibliographique...

A mes belles-sœurs, Emilie, Morgane et Eleonora, parce que sans elles, mes frères ne seraient pas ce qu'ils sont ; vous avez apporté à cette famille un grain de féminité.

A toute la tribu des petits boîtes : Capucine, Margaux, Bérénice, Antonin, Hortense et Adélie ; vos petites bêtises font bien rire les copains alors continuez...

A mes grands parents, Apé et Amé et Papi à qui je dédie cette thèse. Vous m'avez de façon différente inspiré ce sujet. J'imagine déjà les prochains débats famille « médecine » à Pouret.

A la famille Chandellier, Blandine pour m'avoir soutenue depuis le début de mes études et d'être présente quand j'en ai besoin. A Jean-Michel, pour le temps consacré à la relecture de cette thèse et à ton œil d'expert et critique sur mon travail. A Léa, Louis et Emile pour avoir accepté que je fasse un peu partie de la famille durant mes 3 années à St Cyr.

A Agnès pour avoir aussi contribué à la relecture de cette thèse, et une pensée à tous les Bouvier

A Odile, pour son soutien et sa bienveillance

A Morgane, je ne pensais pas qu'en choisissant un lit près d'une fenêtre à St Cyr je trouverais une amie précieuse, qui elle aussi avait choisi stratégiquement son lit. Même si tu as décidé de choisir une ville moins bien que Bordeaux, après toutes ces années de colocation, de complicité, et de fous rires, je sais que je pourrai toujours compter sur toi.

A ma Barite, ta bonne humeur, et ta joie de vivre depuis que l'on se connaît sont pour moi un moteur alors reste surtout comme tu es. Tu surfes sur une belle vague de bonheur alors fais ton égoïste un peu et profite à fond. Je te souhaite que du bonheur dans cette nouvelle vie professionnelle mais surtout dans ta vie personnelle.

A Charlotte, quel plaisir d'avoir partagé avec toi cette fin de parcours, dans les bons moments comme dans les moins bons, tes bons conseils m'ont permis à de nombreuses reprises de redresser la barre si tu vois ce que je veux dire ; je nous espère encore de belles années d'amitiés. Je te serai toujours reconnaissante d'avoir pris le temps de corriger cette thèse alors que tu sortais tout juste de la tienne.

A Ophélie, bipolarité quand tu nous tiens ! Merci pour ton soutien durant ce travail acharné de thèse, la relecture et tes commentaires utiles. Je ne doute pas que nous resterons de fidèles amies même si nos bipolarités nous entraînent à l'autre bout du monde.

A Anaïs, du Mali à Bordeaux en passant par le Lycée Militaire de St Cyr, merci d'avoir suivi mon parcours durant toutes ces années et je te souhaite une belle vie.

Arthur et Adrien, binôme de choc, vous resterez irremplaçables à mes yeux. Que de bons souvenirs en votre compagnie alors les copains, que ça ne s'arrête pas là et je proposerai la programmation proche de vacance même si « tout le monde » n'est pas là !

Dagreu, merci pour ces belles années d'externat avec tes dagreumades et ton soutien dans les moments durs, la préparation des ECN et les supers vacances passées ensemble. Je te souhaite de poursuivre une belle carrière et une vie comme tu la voulais. Bon courage pour ta nouvelle vie parisienne.

Nono, Elise, Claire, Fabien, Etman le Barbare, Margriiite, Léa, Balzac, Aurore, Emeline, de très belles rencontres poitevines !

Aux Bordelais :

Aux Palois Fred, Jean Paul et Ben, mes co-internes de choc, merci pour ce 1^{er} semestre d'internat riche en souvenirs Neuro ! A Clémence, Christelle, Olivia, Pauline et la clic des belles gosses !

Aux Villeneuvois, Clément, Fred, Amaury, Chloé, Stéphanie, Yoann, Balzac, Béa ; six mois sous le soleil estival du Lot et Garonne où nous avons été tous très contents de faire de la médecine de pointe en prescrivant du Préviscan 3 matin midi et soir, les marchés gastronomiques d'été, les bonnes petites soirées internat ; un jour VSL sera the place to be pour des soirées inter-internat !!

Aux Montois, Béné Guigui Ophélie, Raph et Charlotte, Anne-So, Clément et Béa, un internat rythmé par les gardes des urgences mais aussi les petits apéros d'été au milieu des petits vieux du SSR, et quelques modestes restos Les clefs d'Argent, L'auberge d'Eugénie Les Bains chez Guerard en espérant que ce ne soit pas fini...

A toute la Mat C de Pellegrin qui a su me faire passer un stage CHU à la perfection : Clémentine, Anna, Marine, Pauline, Stéphanie, Mélissa...sans oublier Guigui. Le service de grossesse patho et les soins de suites ont été entre de bonnes mains avec les méd gé...sans

oublier les consultations grossesse patho en solo ou en duo, le placard à bio, les staffs mémorables.

A la Polynésie, à Tatie Caro, Moeata, Pierre et Tati Eliane et toute la famille de Guigui pour leur accueil et leur gentillesse. Ils ont contribué à me faire aimer ce petit coin du monde.

A Mélanie et Pierre, mes voisins polynésiens mais aussi Landais...je vous kiffe les copains, la petite Nina sera fière d'avoir des parents comme vous ; et pourquoi pas d'ici quelques années des petites vacances au Fenua.

A Mondane, Stéphanie, mes chefs, voisines et copines ; quel plaisir de vous avoir rencontrées. Je vous souhaite tout pleins de bonnes choses, une belle vie sur Bora pour Steph et de nouvelles aventures pour Mondane.

A Justine et Dimitri mes petits suisses préférés, une belle rencontre sur notre petite plage privée et puis des barbeucs improbables, un raid Painapo et autres petites choses simples de la vie. Gardez votre bonne humeur et votre simplicité.

Au Dr Philippe Biarez et à toute l'équipe médicale et paramédicale du Dispensaire de Moorea – Maiao pour votre accueil et d'avoir fait de ce dernier semestre d'internat une fabuleuse expérience au plus près des polynésiens et qui sait, peut-être que je reviendrai poursuivre l'aventure un jour...

A mes colocs :

Morgane, les petites sessions plateaux repas de pâtes devant un bon film, il n'y avait pas d'heure pour ça !!

Ophélie, de l'internat de Mont de Marsan avec la colonie de fourmis et les jardiniers qui tondaient tous les 2 jours sur nos repos de garde, à Bordeaux, le royaume Pey Berland où nous avons pu côtoyer un peu le peuple d'en bas, un voisin pas si silencieux que ça et des vélos qui se crèvent par le saint esprit...

Christelle, quel plaisir d'avoir partagé ces quelques mois dans cette fameuse grotte ; la rue de la pisse, des voisins italiens charmants « policia policia », des wc qui fuient et une machine à laver en panne « vous voulez que je vous la tienne » un réseau téléphonique ultra performant, des souris faisant des overdoses de sucre...et une fin au gout amer...hein bon ! Malulu à toi hein bon ! et au balaido

Marine, merci de m'avoir supportée ces quelques mois avant la soutenance de thèse ; coloc ultra agréable à vivre, papoter avec toi est un réel plaisir. En te souhaitant une bel avenir peu importe où tu seras !

Darty, box, XbOx, Alic s'excuse et remercie aussi tous les oubliés...

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
LISTE DES ABREVIATIONS.....	8
TABLE DES TABLEAUX.....	9
TABLE DES FIGURES.....	10
INTRODUCTION.....	11
PREMIERE PARTIE.....	12
1 CHUTE.....	12
1.1 EPIDEMIOLOGIE.....	12
1.1.1 <i>Les chutes en chiffres.....</i>	<i>12</i>
1.1.2 <i>Vieillissement de la population.....</i>	<i>13</i>
1.1.3 <i>Isolement social.....</i>	<i>15</i>
1.2 DEFINITION.....	16
1.2.1 <i>De la personne âgée (PA).....</i>	<i>16</i>
1.2.2 <i>D'une chute.....</i>	<i>18</i>
1.3 CONSEQUENCES DES CHUTES.....	19
1.3.1 <i>Cliniques.....</i>	<i>19</i>
1.3.2 <i>Socio-économiques.....</i>	<i>20</i>
1.4 FACTEURS DE RISQUES (FDR) DE CHUTE.....	21
1.5 PREVENTION DES CHUTES.....	22
2 DEMOGRAPHIE.....	25
2.1 DEFINITION D'UNE ZONE RURALE.....	25
2.2 DEMOGRAPHIE MEDICALE EN FRANCE.....	26
2.2.1 <i>Vieillissement des médecins généralistes.....</i>	<i>26</i>
2.2.2 <i>Désertification médicale.....</i>	<i>28</i>
2.3 LES LANDES.....	28
2.3.1 <i>Géographie.....</i>	<i>28</i>
2.3.2 <i>Démographie.....</i>	<i>30</i>
2.3.3 <i>Difficulté d'accès aux soins.....</i>	<i>31</i>

DEUXIEME PARTIE.....	32
1 OBJECTIF.....	32
2 MATERIEL ET METHODE	32
2.1 TYPE ET LIEU DE L'ETUDE	32
2.2 POPULATION ETUDIEE	34
2.3 RECUEIL DE DONNEES.....	34
2.4 METHODE DE RECUEIL DE DONNEES	34
2.5 ANALYSE STATISTIQUE.....	36
3 RESULTATS.....	36
3.1 DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE.....	37
3.1.1 <i>L'âge</i>	37
3.1.2 <i>Le sexe</i>	37
3.1.3 <i>La condition sociale</i>	37
3.1.4 <i>L'isolement géographique</i>	37
3.1.5 <i>Les motifs de consultation</i>	38
3.2 DESCRIPTION DE LA POPULATION DES CHUTEURS.....	39
3.2.1 <i>Description générale</i>	39
3.2.2 <i>Facteurs influençant les modalités d'alerte et la décision d'hospitalisation</i>	42
3.3 LA PEUR DE CHUTER	44
3.3.1 <i>Description générale</i>	44
3.3.2 <i>Corrélation chuteur et peur de chuter</i>	44
3.4 CE QU'EN PENSENT LES MEDECINS GENERALISTES ?	45
4 DISCUSSION	46
4.1 RESULTATS GENERAUX.....	46
4.2 LIMITES DE L'ETUDE.....	47
4.2.1 <i>Discussion sur la méthode</i>	47
4.2.2 <i>Discussion sur les résultats</i>	48
4.3 IMPLICATION CLINIQUE	50
4.4 PERSPECTIVE.....	50
CONCLUSION.....	51
BIBLIOGRAPHIE.....	52
TABLE DES ANNEXES.....	58
ANNEXES.....	59
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	65
RESUME.....	66

LISTE DES ABREVIATIONS

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CARSAT : Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail

CCAS : Centre Communal et d'Action

CES : Centre d'Examen de santé

CIAS : Centre Intercommunal d'Action Sociale

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHLASS : European Home and Leisure Accident Surveillance System

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPAC : Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante

FDR : Facteur De Risque

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MSA : Mutualité Sociale Agricole

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PA : Personnes Agées

SRC : Score de Risque de Chute

SFDRMG : Société Française de Documentation et Recherche en Médecine Générale

SFGG : Société Française de Gériatrie et de Gérontologie

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

TUG : Time Up and Go

UN: Union Nation

VAD : Visite A Domicile

ZRR : Zone de revitalisation rurale

TABLE DES TABLEAUX

TABLEAU 1. DESCRIPTION DE LA POPULATION INCLUSE 38

TABLEAU 2. DESCRIPTION DES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION

AYANT FAIT AU MOINS UNE CHUTE DANS L'ANNEE 40

TABLEAU 3. EFFECTIFS DES CHUTEURS AYANT EU UNE EVALUATION POST-CHUTE..... 42

TABLEAU 4. CORRELATION CONCERNANT LA PEUR DE CHUTER..... 45

TABLE DES FIGURES

FIGURE 1. TAUX DE CHUTES MORTELLES SELON L'AGE ET LE SEXE AUX USA EN 2001	12
FIGURE 2. PYRAMIDE DES AGES DE LA POPULATION EN 2005 ET 2025	14
FIGURE 3. PROPORTION DE LA POPULATION AGEE DE 60 ANS OU PLUS PAR PAYS, 2015	14
FIGURE 4. PROPORTION DE LA POPULATION AGEE DE 60 ANS OU PLUS PAR PAYS, PROJECTION POUR 2050.....	15
FIGURE 5. REPARTITION DES DIFFERENTES AIRES DE POPULATION LANDAISE.....	25
FIGURE 6. ZONES DE REVITALISATION RURALE DANS LES LANDES EN 2016	26
FIGURE 7. PROPORTION DES MEDECINS GENERALISTES DE PLUS DE 55 ANS EN FRANCE EN 2010	27
FIGURE 8. PROPORTION DES MEDECINS GENERALISTES DES PLUS DE 60 ANS EN 2010 EN FRANCE	27
FIGURE 9. GEOGRAPHIE DES LANDES	29
FIGURE 10. DENSITE DE POPULATION DES LANDES	30
FIGURE 11. PRESENTATION DU LOGICIEL HELLODOC	33
FIGURE 12. PRESENTATION LOGICIEL WEDA.....	33
FIGURE 13. PRESENTATION DU LOGICIEL CROSSWAY.....	33
FIGURE 14. DIAGRAMME DE FLUX.....	36
FIGURE 15. REPARTITION DES CHUTEURS/ NON CHUTEURS	39
FIGURE 16. PROPORTION DES PA DONNANT L'ALERTE EN FONCTION DE LEUR MODE DE VIE.....	43
FIGURE 17. PROPORTION DES PA DONNANT L'ALERTE EN FONCTION DE LEUR DEVENIR	43
FIGURE 18. PROPORTION DES PA HOSPITALISEES EN FONCTION DE LEUR MODE DE VIE	44
FIGURE 19. PROPORTION DES PA QUI ONT PEUR DE CHUTER EN FONCTION DE LEUR ANTECEDENT DE CHUTE	45

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population et ses conséquences sont des préoccupations majeures de nos sociétés. Depuis 50 ans, l'amélioration de la qualité de vie de nos aînés a eu pour conséquence d'augmenter l'espérance de vie. Cependant le vieillissement peut entraîner une fragilisation physique, psychique et fonctionnelle majorant ainsi, entre autres, le risque de chute (1).

Une personne âgée (PA) sur trois, de 65 ans et plus, vivant à domicile, chute dans l'année. Cet évènement fréquent est aussi la première cause de mortalité par traumatisme (1) (2). Pourtant les publications scientifiques dans ce domaine ont montré que la chute est un évènement parfois évitable. Il s'agit donc d'un véritable problème de santé publique en France comme en Europe (3) (4).

En parallèle, la démographie médicale française tend à diminuer dans nos campagnes avec une désertification plus marquée dans certaines régions dont les Landes font partie. Cette inégalité entre l'offre et la demande rend difficile la prise en charge médicale des populations fragiles et par conséquent, aggrave les difficultés de prise en charge des chutes chez les patients âgés.

La complexité et l'importance de la problématique « chute » chez la PA ont fait l'objet de recommandations en 2009 de la Haute Autorité de Santé (HAS) (5) en partenariat avec la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie (SFGG), complétant ainsi une démarche initialement entreprise en 2005 par la Société Française de Documentation et Recherche en Médecine Générale (SFDRMG) (6). Le constat était le suivant : les chutes répétées sont fréquentes, associées à un excès de morbi-mortalité lié aux conséquences directes et indirectes à l'origine d'un coût financier substantiel.

Notre travail a pour objectif principal d'évaluer les freins à la prise en charge ambulatoire d'une chute chez les PA de plus de 75 ans en milieu rural.

PREMIERE PARTIE

1 CHUTE

1.1 EPIDEMIOLOGIE

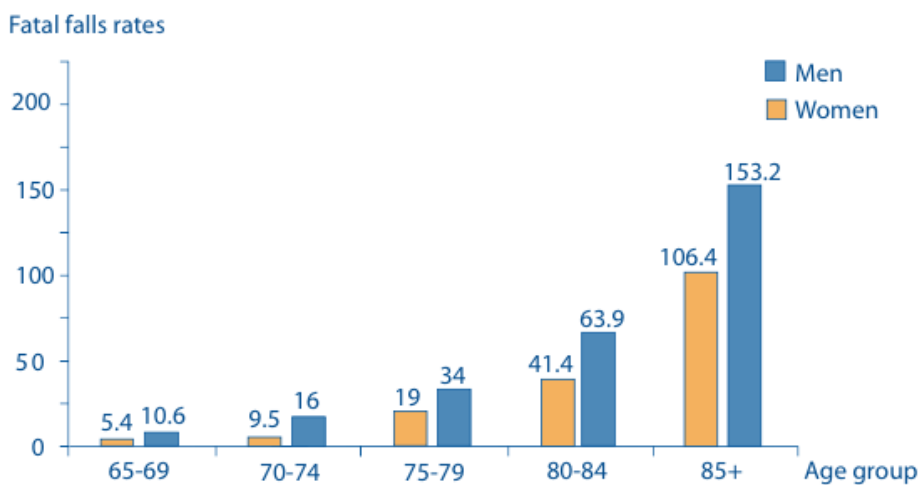
1.1.1 Les chutes en chiffres

Un tiers des PA de plus de 65 ans et la moitié des plus de 80 ans vivant à domicile, tombent au moins une fois dans l'année (1,2,4). On estime que la moitié de ces personnes refera à nouveau une chute dans l'année (5).

La chute est la 5^{ème} cause de décès chez les personnes âgées de plus de 65 ans en France et la 1^{ère} cause traumatique, ce qui correspond à environ 10 000 décès/an (1).

Les données européennes, European Home and Leisure Accident Surveillance System (EHLASS) mettent en évidence une augmentation de la fréquence des chutes avec l'âge : 35% des PA de 65 à 79 ans, 45% des PA de 80 à 89 ans et 55% des PA de plus de 90 ans (1). Cette évolution affecte davantage les femmes que les hommes, les personnes âgées en institution et ceux ayant des poly-comorbidités (1,5,7). La **figure 1** représente le taux de chutes mortelles selon l'âge et le sexe aux Etats-Unis en 2001. Le taux de chutes mortelles augmente exponentiellement avec l'âge pour les deux sexes, il est plus élevé au-delà de 85 ans (8).

Figure 1. Taux de chutes mortelles selon l'âge et le sexe aux USA en 2001. National Council on Ageing, 2005 (8)



Autre constat, la chute est un motif de consultation très fréquent en médecine générale avec 20% des chutes qui amènent à une consultation médicale, qu'elle soit ambulatoire ou hospitalière (4) ; elle représente 2,5% des motifs de consultations en médecine générale pour les PA de plus de 80 ans contre 0,9% pour les PA entre 65 et 80 ans et moins de 0,5% pour celles ayant moins de 65 ans (2). L'évaluation de la fréquence est d'autant plus difficile que 13 à 32% des chuteurs oublient leurs chutes ou ne jugent pas nécessaire de l'évoquer (9).

1.1.2 Vieillesse de la population

Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) (10), le nombre de personnes de 60 ans et plus augmenterait de 10,4 millions entre 2007 et 2060. En 2060, 23,6 millions de personnes seraient ainsi âgées de 60 ans et plus, soit une hausse de 80% en 53 ans. Cette augmentation est plus forte pour les plus âgés où le nombre de 75 ans et plus passerait de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060 ; celui des 85 ans et plus de 1,3 à 5,4 millions.

Au 1^{er} janvier 2010, 15 000 centenaires vivaient en France, un centenaire sur deux vit à domicile, qu'il soit seul, en couple ou avec une autre personne que son conjoint. Dans cinquante ans, la France pourrait compter 200 000 centenaires, treize fois plus qu'aujourd'hui (11).

La **figure 2** représente la pyramide des âges de la population réalisée par les Nations-unies en 2004 : on constate que la proportion de PA est croissante, en parallèle à une décroissance de la population jeune à l'horizon 2025 (12).

Les **figures 3** et **4** représentent la répartition de la proportion de PA dans le monde en 2015 et en 2050 (13).

Figure 2. Pyramide des âges de la population en 2005 et 2025, UN 2004 (12)

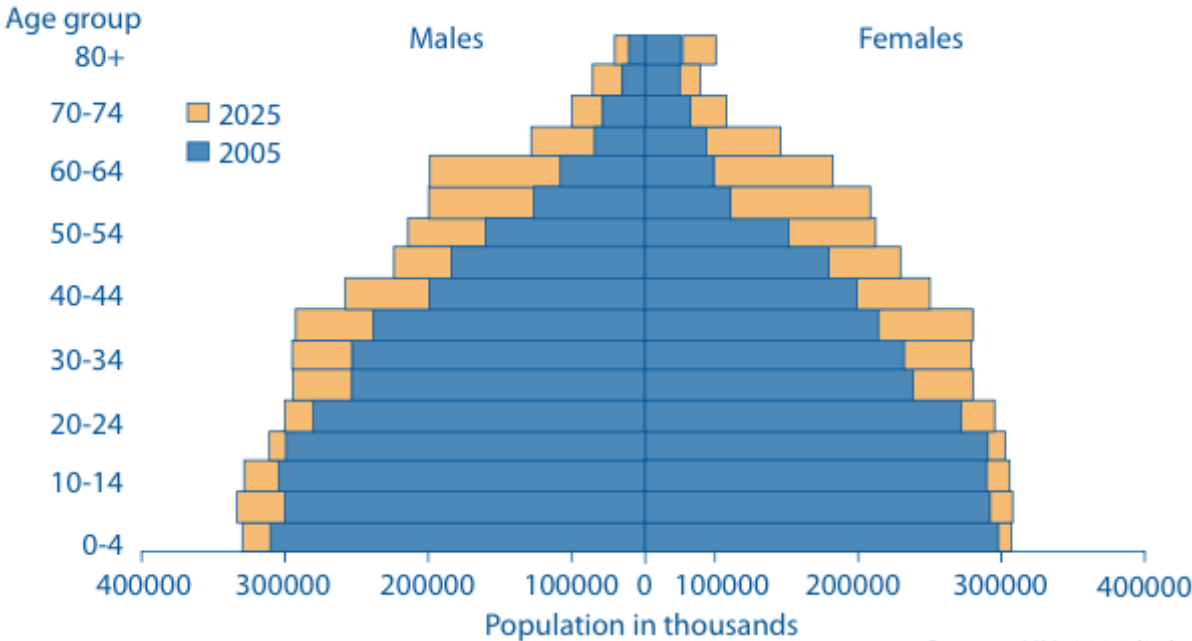


Figure 3. Proportion de la population âgée de 60 ans ou plus par pays, 2015 (13)

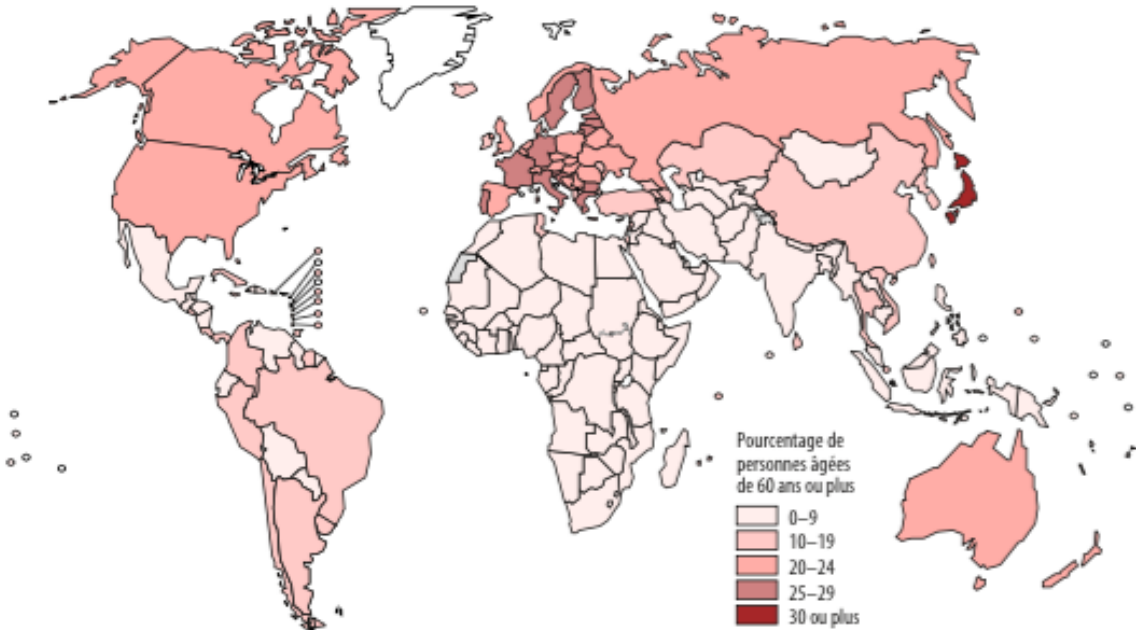
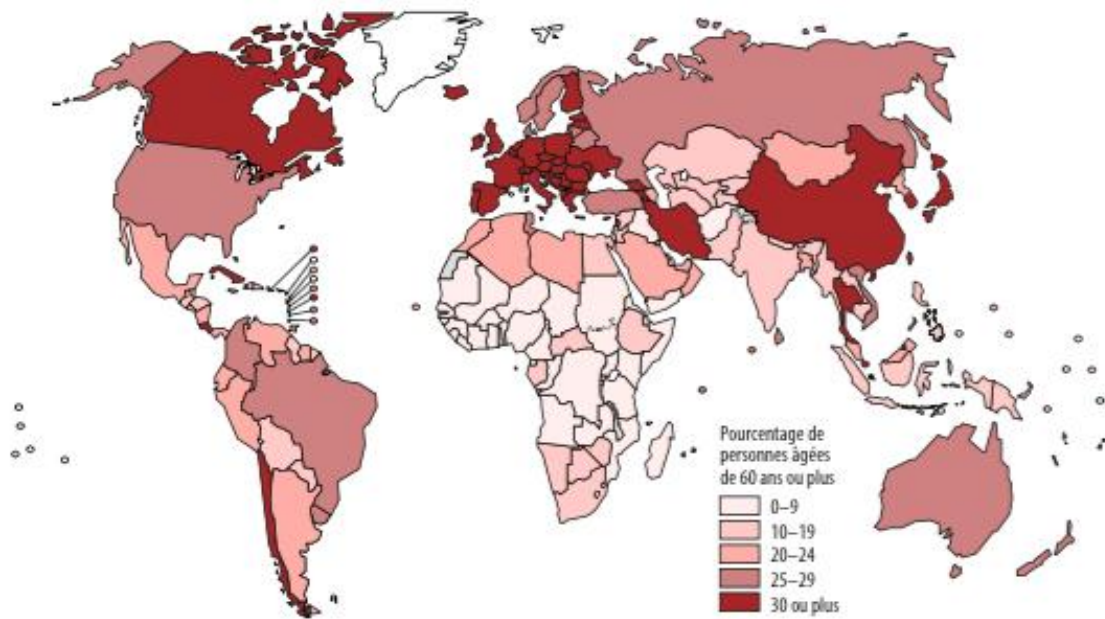


Figure 4. Proportion de la population âgée de 60 ans ou plus par pays, projection pour 2050 (13)



Un nombre croissant de PA implique un nombre croissant de personnes potentiellement dépendantes ; ainsi les projections évaluent le nombre de personnes dépendantes en 2040 à 1 200 000 contre 800 000 de nos jours en France, mais cela reste une catégorie difficile à définir et à dénombrer.

Par exemple, en prenant comme indicateur les bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), en France, 1,13 million de PA sont considérées comme dépendantes. On approcherait les 1,6 millions en 2049 ; à l'échelle régionale, les dépenses liées à l'APA ont triplé en sept ans en Aquitaine ; cette tendance est encore plus prononcée pour les Landes (14).

1.1.3 Isolement social

Le vieillissement démographique s'est accompagné de changements importants dans les modes de vie des PA, grâce, par exemple, à la mise en place du système des retraites mais aussi par l'amélioration des conditions de santé leur offrant une autonomie financière et fonctionnelle nouvelle (1). Ces modifications sociétales entraînent une mobilité géographique accrue, un accès facilité à des activités de loisir, les nouveaux retraités se trouvant, dans le même temps, moins disponibles pour leurs parents âgés. Ceci majore le risque d'isolement des plus âgés et préférentiellement chez les femmes en raison d'une mortalité masculine plus précoce (1).

Selon le recensement de la population par l'INSEE, au début des années 2000, en France, les sexagénaires sont 18% à vivre seuls, 30% pour les septuagénaires et plus de 40% pour les octogénaires (15).

Après ces quelques éléments d'ordre général, nous allons réduire notre champ de réflexion afin de définir les notions clefs de notre étude.

1.2 DEFINITION

1.2.1 De la personne âgée (PA)

Il n'existe pas de consensus international sur la définition de la PA. Examinons certaines définitions à différentes échelles :

- L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (13) retient le critère de 65 ans à partir d'une étude européenne estimant la prévalence de la fragilité entre l'âge de 50 ans et de 64 ans à 4,1%, celle-ci passant à 17% chez les PA de 65 ans et plus.

- En France, la définition de la PA est d'ordre sociétal (16). Le seuil de 60 ans et plus, est utilisé administrativement depuis le rapport Laroque (17), lié d'une part au départ à la retraite et d'autre part à l'accès aux prestations destinées aux personnes les plus âgées (APA, aide-ménagère etc.).

Ce seuil administratif de 60 ans n'est pas le plus pertinent car il ne tient pas compte de l'état de santé des personnes ni de leur autonomie. Les évolutions de la médecine ont, en effet, entraîné une augmentation de l'espérance et de la qualité de vie. Mais il persiste une grande variabilité interindividuelle des modalités du vieillissement, plus visible au-delà de 60 ans. Le critère d'âge n'est donc pas suffisamment précis pour définir la notion de « personne âgée ».

- Selon le point de vue Gériatrique, la définition de la PA a toujours été basée sur un critère d'âge, avec pour repère « 65 ans et plus » et ceci pour plusieurs raisons (5):

- ✓ Cette limitation d'âge est très fréquemment utilisée au sein de la littérature médicale en spécialité gériatrie.
- ✓ elle correspond à la segmentation des termes du thesaurus MeSH de la base de données Medline.

Tenant compte cependant de l'état de santé des populations concernées, le vieillissement aboutit à un groupe hétérogène de personnes; la médecine évoque, outre l'âge, la notion de « fragilité » (6,18–20).

Par exemple, concernant les chutes, la population concernée est le plus souvent âgée « de 75 ans ou plus » ou « ayant des facteurs de fragilité » (21).

Le vieillissement est un processus naturel qui modifie l'état de santé et le niveau fonctionnel d'un individu. Le terme de fragilité distingue bien les PA présentant des limitations fonctionnelles et une diminution des capacités en fonction de différents facteurs (vieillesse physiologique, pathologie chronique et contexte de vie). Il a été reconnu 3 catégories de vieillissement en fonction de l'état de santé après 75 ans (21):

- « vieillissement réussi » : concerne des personnes en bon état de santé, indépendantes et bien intégrées socialement, autonomes, comparables à des adultes sains plus jeunes.
- « malade » : concerne des personnes dépendantes, en mauvais état de santé, poly-pathologiques chroniques et présentant des restrictions de participation ainsi qu'un isolement social.
- « fragile » : concerne des personnes pouvant basculer dans la catégorie « malade ». Il s'agit d'une population vulnérable avec une baisse de capacité d'adaptation.

Il n'y a donc pas de consensus précis pour définir le terme de « personne âgée », cependant les critères proposés par la médecine prennent bien plus en compte l'état général et de santé de chacun.

Toute personne âgée de 65 ans et plus ou dite « fragile » est plus susceptible d'être victime d'une chute.

1.2.2 D'une chute

Très simplement, selon le Dictionnaire Larousse, la chute c'est « l'action de tomber, perdre l'équilibre, d'être entraîné vers le sol » (22).

En 2006, une méta-analyse utilise 90 articles sur les chutes : 46 d'entre eux soit 51,1% ne fournissaient pas d'information sur la définition des « chutes » (23). Ce manque de standardisation et d'homogénéisation est à l'origine d'une difficulté d'interprétation et d'application des stratégies d'évaluation et d'intervention proposées pour la prise en charge des chutes répétées.

Malgré cela il est possible d'identifier quelques définitions :

- OMS en 2007 (8) : « un événement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment. ». Elles sont codées comme E880-E888 dans la classification internationale de la maladie-9 (CIM-9) et W00-W19 dans la CIM-10. Cette définition note le caractère involontaire sans tenir compte des conséquences.
- SFDRMG en 2007 (6) : « chute accidentelle : tout glissement ou trébuchement aboutissant à une blessure ». Cela tient compte du concept de mécanisme de chute mais aussi de la conséquence.
- Revue de littérature de 2006 (5): « tout événement au cours duquel la personne se retrouve involontairement au sol ou sur tout autre niveau inférieur ».
- HAS en 2009 (5) retient, au vu des différentes définitions proposées, l'association des critères « se retrouver dans une position de niveau inférieur par rapport à la position de départ » et « le caractère involontaire ». La notion de chute répétée se définissant par « le fait d'avoir fait au moins 2 chutes dans l'année qui précède ».

L'HAS propose donc une définition des plus complètes évoquant le caractère répétitif ainsi que les conséquences dont sont victimes les chuteurs, conséquences pouvant être aussi complexes que graves.

1.3 CONSEQUENCES DES CHUTES

1.3.1 Cliniques

Les conséquences sont nombreuses (24–26) et notamment en cas de chutes répétées (7). 95% des chutes ne se compliquent pas de traumatismes physiques dits « sérieux » c'est à dire entraînant fracture, traumatisme crânien ou lacérations cutanées (5,27).

Pour les 5% restants, les conséquences peuvent être :

- Des traumatismes physiques: résultant de la force d'impact du corps sur la surface du point d'arrivée (5,28). Cela peut aller d'une simple atteinte cutanée superficielle (excoriations, hématomes, plaie etc.) (29,30) à des traumatismes modérés à sévères (tassement vertébral, fracture de côte, fracture fémorale, hématome cérébral sous dural ou extradural avec possibilité de mise en jeu du pronostic vital) (31).
Dans une récente enquête EPAC (2004-2005) (5), les fractures représentaient 41% des lésions, suivies des contusions/comotions (30%) puis des plaies (19%). Les chutes considérées comme bénignes représentaient 34% des cas, c'est-à-dire n'ayant entraîné aucun traitement aux urgences ou ayant entraîné un retour à domicile après traitement. 37% des chutes ont entraîné une hospitalisation en court séjour (32).
- Des pathologies médicales secondaires à l'impossibilité de se relever du sol et donc à la station prolongée au sol, dont on peut énumérer de manière non exhaustive la rhabdomyolyse, l'hypothermie, les escarres, la pneumopathie d'inhalation, la déshydratation etc. (5,33).
- Pathologie aiguë responsable de la chute (facteur précipitant) : troubles du rythme cardiaque, Accident Vasculaire Cérébral (AVC), insuffisance cardiaque, Infarctus du myocarde, maladie infectieuse, hypoglycémie etc.
- Le syndrome post-chute (5,6): assimilé à un syndrome de désadaptation psychomotrice, défini par une diminution des possibilités de mobilisation, une limitation d'activité motrice (troubles posturaux à type de rétropulsion, trouble de la marche), une abolition des réflexes posturaux et des réactions parachutes, une

appréhension du mouvement, de la verticalité et une augmentation de l'anxiété accroissant la dépendance dans les activités de la vie quotidienne sans oublier les composantes psychologiques, provoquant, entre autres, une perte de confiance en soi (1,31). Après une chute un tiers des PA a peur de tomber (7,34). La peur de tomber majore les troubles de l'équilibre et diminue la mobilité (34). D'installation aiguë ou chronique, le syndrome post-chute entraîne un risque majeur d'entrée dans la dépendance.

- Un risque d'institutionnalisation ; faisant souvent suite à une hospitalisation (35,36).
- Une altération cognitive majorée.
- Décès : l'OMS estime que 23 à 40% des décès liés à des lésions chez les PA sont dus à des chutes (13,37–39). Selon l'INVS, en 2004 en France, on estimait à 4 385 le nombre de PA de plus de 65 ans décédé d'une chute accidentelle. Ce nombre excluait les décès faisant suite à une fracture du col du fémur, ce qui porte le nombre à environ 9 000 - 12 000 si on prend en compte ces dernières (32). Selon la SFDRMG en 2005, environ 9 000 décès de PA de plus de 65 ans sont associés aux chutes (6).

1.3.2 Socio-économiques

Les conséquences traumatiques et liées à la dépendance sont à l'origine d'un coût financier non négligeable de par l'importance de la prise en charge médico-sociale (5,36). On distingue les coûts directs, dus à la chute, englobant les soins de santé (médicaments, services de prestations médicales et paramédicales) et les coûts indirects correspondant à la perte de productivité de l'entourage comme la perte de revenu (8).

L'estimation du coût d'une chute est difficilement évaluable pour plusieurs raisons (5) :

- il existe peu de données publiées qui rapportent le coût économique d'une chute. Le coût indirect est méconnu et probablement supérieur au coût direct que peut engendrer une chute (8,40).
- les estimations de coût sont spécifiques à chaque pays ayant fait ce type d'étude. La majorité des données disponibles vient des études américaines dont la population n'est pas comparable à celle de la France de par la différence de système de soins. Pour exemple, en 2007, le coût moyen pour une chute chez une PA de plus de 65 ans

en Finlande est de 3 611 USD soit environ 3 300€ et en Australie 1 049 USD soit 958€ (8).

- L'inflation et les facteurs économiques rendent les estimations des coûts caduques rapidement après leur publication.

En exemple pour le département des Landes, l'accompagnement à domicile concerne 8 000 personnes et implique un financement de 40 millions d'euros soit 5 000€/an et par PA à domicile (41).

L'objectif est donc de réduire ces coûts secondaires liés aux chutes, d'une part en essayant de déterminer les facteurs de risques de chute et d'autre part en insistant sur les mesures de prévention primaire ou secondaire.

1.4 FACTEURS DE RISQUES (FDR) DE CHUTE

Les chutes sont le résultat d'une association de facteurs complexes interdépendants (1). Depuis les années 80, les chercheurs ont mis en lumière plus de 400 facteurs de risque de chutes (4).

Le risque de chuter durant l'année augmente de manière linéaire avec le nombre de facteurs de risque, passant ainsi de 8% sans facteur de risque à 78% pour 4 facteurs de risque ou plus (42,43).

On peut les regrouper en 4 grandes catégories comme le décrit Dehail et al. dans la revue du Praticien en avril 2011 (5,44):

- Pré-disposants intrinsèques : liés au vieillissement physiologique et aux antécédents pathologiques.
- Pré-disposants iatrogènes : liés à la poly-médication, retrouvée chez plus de 90% des chuteurs.
- Pré-disposants extrinsèques : liés à l'environnement (isolement socio-familial, lieu de vie, habitat mal adapté) et à des facteurs psycho-comportementaux (consommation d'alcool, malnutrition etc.).

- Précipitants : évènements qui provoquent directement et de façon aiguë la chute ; on peut citer par exemple : introduction d'un nouveau médicament, obstacle matériel (tapis, chausson inadapté etc.), une pathologie surajoutée (décompensation cardiaque ou tout simplement hypotension orthostatique, neurologique, infectieuse, orthopédique, biologique, etc.)

En se basant sur une analyse clinique des différents facteurs de risques, il est possible de comprendre les modalités de survenue de l'accident, et donc de mettre en place des actions adaptées et personnalisées visant à réduire le risque de chute et les conséquences liées. Cette analyse permet de s'inscrire efficacement dans une démarche de prévention secondaire.

1.5 PREVENTION DES CHUTES

La littérature propose plusieurs objectifs à la démarche de prévention des chutes (5) en associant la diminution du nombre, du type et de l'intensité des conséquences des chutes et permettant ainsi le maintien d'une mobilité, de l'indépendance, de l'autonomie et d'une bonne qualité de vie.

La chute peut être prévenue entre autres par la pratique régulière de la marche (5,6), l'utilisation d'une aide technique adaptée, la pratique d'exercices physiques concentrés sur l'équilibre postural, la révision des médicaments, la modification de l'environnement, la correction de facteurs précipitants, l'amélioration de la gestion des facteurs pré-disposants, la substitution par la Vitamine D.

Les interventions multifactorielles et interdisciplinaires ont montré leur efficacité en terme de diminution du risque de chute (4,26,31,36,42,45). Cependant, la mise en œuvre est trop souvent insuffisante et il est nécessaire d'améliorer les mesures de prévention (28). Pourtant une évaluation clinique simple peut identifier les PA à risque de tomber (43).

L'HAS a établi en 2009 des recommandations sur le bilan de chutes répétées dans le cadre d'une prévention secondaire. Elles se composent d'une évaluation clinique, para-clinique et d'un plan social.

Elle propose un dépistage en 2 temps, peu chronophage, et pouvant être appliqué par tout intervenant du secteur sanitaire ou médico-social sensibilisé à la question des chutes chez les PA (5).

Le premier temps est l'évaluation clinique et para-clinique :

En sus de l'examen clinique standard la réalisation de tests s'inscrit dans l'estimation du risque de chute.

La marche et l'équilibre seront évalués par le Time Up and Go (TUG) de manière qualitative et quantitative (46–48). L'exercice consiste pour le patient, assis sur un siège, à se lever puis à faire 3m avec son aide technique habituelle puis à faire demi-tour pour revenir s'asseoir. Le test réalisé en moins de 12 secondes est considéré normal ; un test réalisé en plus de 16 secondes est signe d'un risque accru de chute dans les années à venir et un test réalisé en plus de 30 secondes marque une réelle dépendance sur le plan locomoteur. **Annexe 1**

Il existe de nombreux autres tests d'évaluation clinique du risque de chute :

Tinetti Test (49): long et fastidieux, il évalue la statique et le dynamisme de la personne sur 28 points. Un score en dessous de 23 est signe d'un risque élevé de chute, inférieur à 20 il est pathologique. **Annexe 2**

Appui Unipodal (50): il évalue l'équilibre en station uni-podale ; pathologique si le patient est incapable de rester sur un pied plus de 5 secondes. **Annexe 3**

Stop Walking When Talking Test (51): simple, il évalue la capacité de fonctionnement du patient en double tâche (après un court moment de marche avec le patient, une conversation est engagée) ; le patient s'arrête pour répondre à votre discours. Ce détournement d'attention, même à des questions simples, peut montrer une dégradation de la qualité de la marche et augmenter le risque de chute.

Five Sit to Stand (52–55): il évalue la force fonctionnelle des membres inférieurs, le contrôle postural permettant de prédire le risque potentiel de chute. Le patient doit se relever 5 fois le plus vite possible d'une chaise adossée à un mur, les bras croisés et les pieds bien parallèle au sol. L'examineur note ainsi le temps chronométré effectué ; selon l'âge, les études ont montré les temps normaux : 11,4 secondes entre 60-69 ans ; 12,6 secondes entre 70-79 ans et 14 ,8 secondes entre 80-89 ans. **Annexe 4**

Le deuxième temps est une évaluation sociale et environnementale.

Toute personne de 65 ans et plus, vivant à domicile et quel que soit son état de santé ou son lieu d'habitat, peut donc bénéficier d'un repérage de quelques minutes (1,56–58) :

- recherche d'une histoire de chute antérieure grâce à la question « Etes-vous tombés durant les douze derniers mois ? combien de fois ? »
- TUG comme précédemment décrit (46,47).

On définit ainsi 3 niveaux de risques différents :

- 1) personne à risque élevé de chute : notion de chute antérieure ET TUG positif
- 2) personne à risque moyen de chute : notion de chute antérieure OU TUG positif
- 3) personne à faible risque de chute : pas de notion de chute antérieure ET TUG négatif.

Enfin, le score SRC-CES (Score Risque de Chute – Centre d'Examen de Santé), créé en 2011, permet également une évaluation rapide du risque de chute en population. Il s'agit d'un score de repérage développé à partir d'une étude de cohorte multicentrique et prospective (59,60). Appliqué dans les CES, il pourrait l'être dans les cabinets de soins primaires ou de tout autre acteur de soins primaires (assistante sociale et paramédicaux). Les patients de 65 ans et plus sont interrogés sur leur situation personnelle, via trois critères cliniques et subissent le test station unipodale. En fonction de leur résultat, les patients sont classés en 3 catégories de risques de chute. **Annexe 5**

On constate qu'il existe de nombreux moyens de dépistage de chute et de recommandations validées. L'applicabilité est-elle remise en cause dans les zones rurales dépourvues de moyens médicaux ?

2 DEMOGRAPHIE

2.1 DEFINITION D'UNE ZONE RURALE

Depuis 2011, il a été défini un nouveau zonage en « aires urbaines ». On parle à présent de « grandes aires urbaines », « moyennes aires urbaines » et « petites aires urbaines ». La dernière est un ensemble de communes d'un seul tenant et sans enclave, constitué d'un pôle de 1 500 à 5 000 emplois et d'une couronne (communes rurales ou unités urbaines) dont au moins 40% de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci (61).

Le gouvernement a aussi mis en place des zones de revitalisation rurale (ZRR) visant à aider au développement de territoires ruraux fragiles pour les zones les moins peuplées et les plus touchées par le déclin démographique et économique. Les Landes en font partie pour une grande majorité de leur territoire (62,63). La **Figure 5** représente la répartition des différentes aires de population landaise selon INSEE-IGN en 2004 (61). Dans les Landes, il existe 2 pôles urbains, Dax et Mont de Marsan, entourés de leur couronne périurbaine. Le reste est répertorié en espace rural. La **figure 6** visualise les nouvelles zones de revitalisation rurale dans les Landes en 2016 par la Préfecture des Landes (63).

Figure 5. Répartition des différentes aires de population landaises. INSEE-IGN 2004 (61)

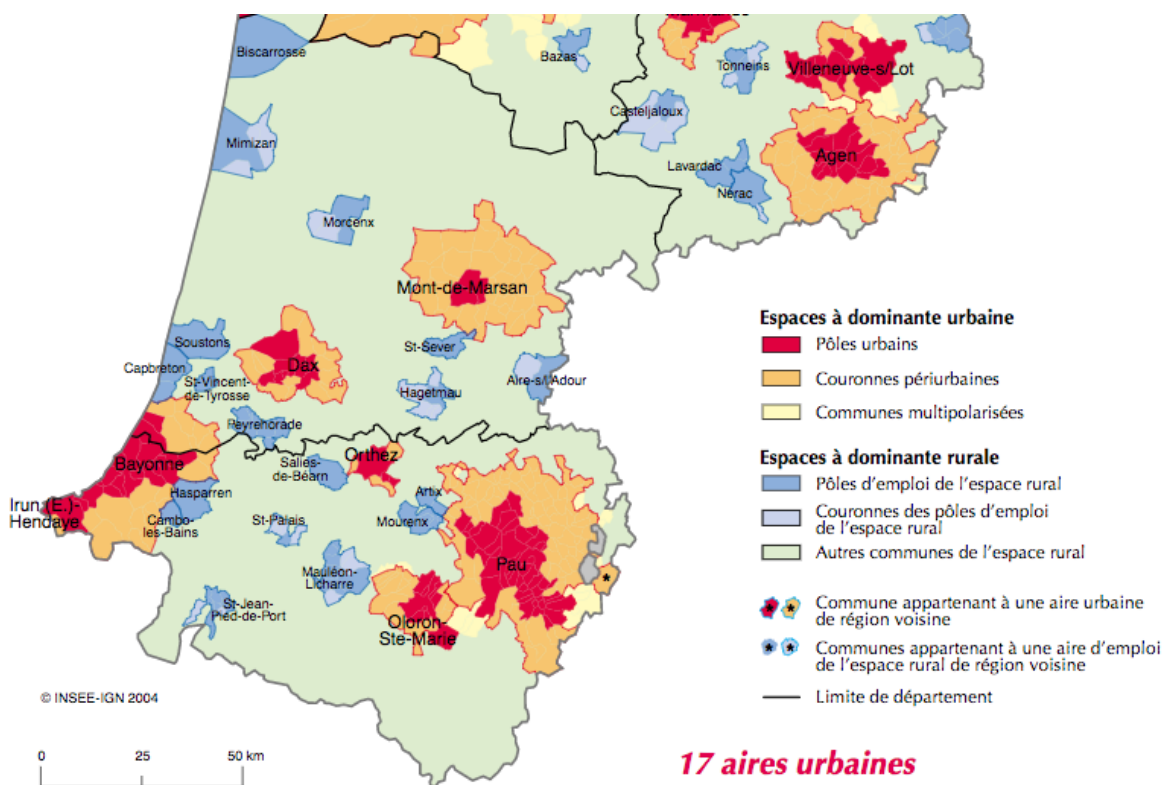
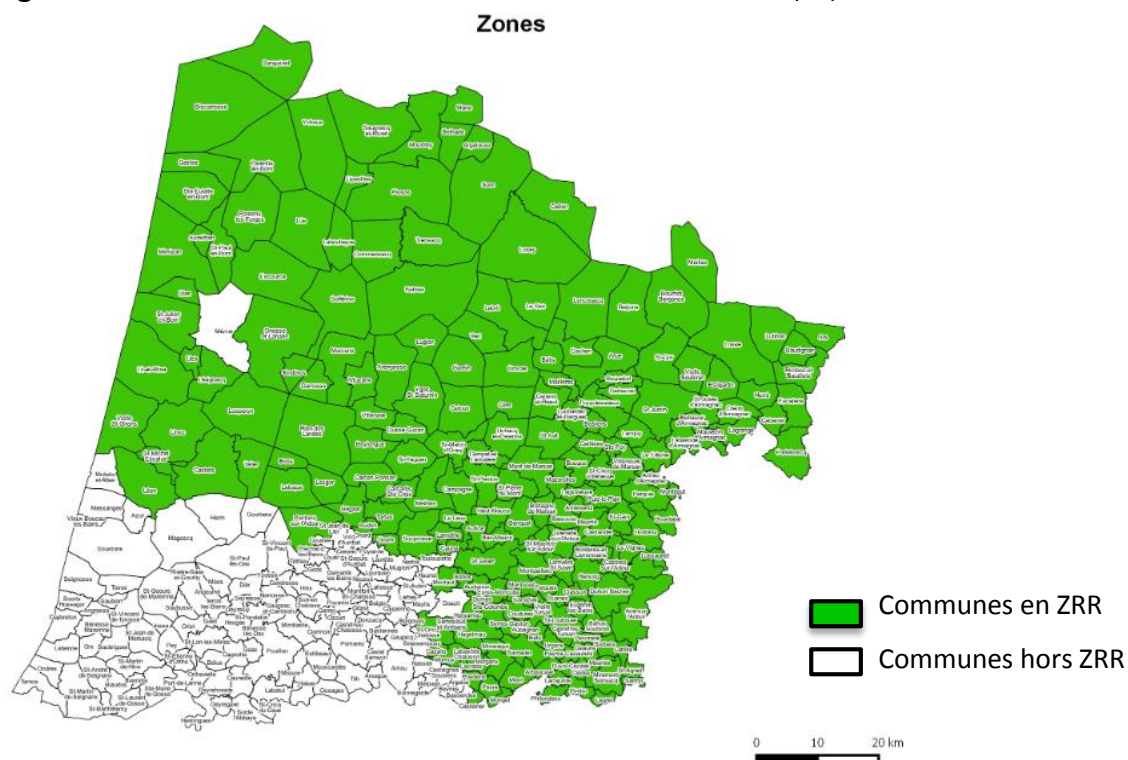


Figure 6. Zones de Revitalisation Rurale dans les Landes en 2016 (63)



2.2 DEMOGRAPHIE MEDICALE EN FRANCE

2.2.1 Vieillessement des médecins généralistes

Au 1^{er} janvier 2016, il a été recensé 88 886 médecins généralistes inscrits en activité régulière au tableau de l'Ordre des Médecins. Ils sont âgés en moyenne de 51,3 ans. De plus les médecins âgés de 60 ans et plus représentent 27,1% des effectifs (64).

Selon la Caisse Autonome des Retraites des Médecins de France (CARMF), en 2020, ils seront 25 000 soit 38 % à dépasser les 60 ans.

Toutes les régions françaises accusent une proportion de médecins généralistes de plus de 60 ans supérieure à 15 %. Les régions de Bordeaux, de Toulouse et de Paris subissent, quant à elles, un vieillissement plus marqué avec plus de 18% de médecins généralistes de plus de 60 ans.

La **figure 7** décrit la proportion des médecins généralistes de plus de 55 ans en France et par région en 2010 (65). Le vieillissement des médecins est prédominant dans la plupart des régions avec des taux de 37 à 41% de médecins de plus de 55 ans. La **figure 8** indique la proportion des médecins généralistes de plus de 60 ans en 2010 (65). La quasi-totalité des régions a un taux de médecins généralistes de plus de 60 ans supérieur à 15%.

Figure 7. Proportion des Médecins Généralistes de plus de 55 ans en France et par région en 2010 (65)

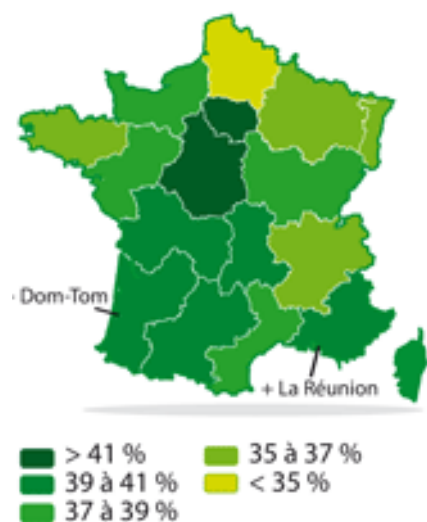
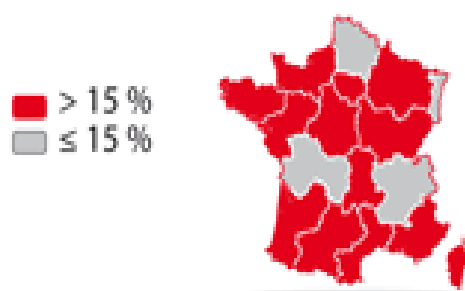


Figure 8. Proportion des Médecins Généralistes des plus de 60 ans en 2010 en France (65)



2.2.2 Désertification médicale

En 2016, le Conseil National de l'Ordre des Médecins tire la sonnette d'alarme sur la pénurie de médecins en France dans les années à venir, et le Pacte territoire Santé contre les déserts médicaux lancé en 2012 par la Ministre de la Santé, ne suffit pas à inverser la tendance même si selon le gouvernement la phase 1 (2012-2015) est positive (66). Cette phase avait pour objectif d'inciter les médecins, notamment les plus jeunes à s'installer sur les territoires manquant de cabinets médicaux. La 2^{ème} phase vise à améliorer l'accès à la santé sur tout le territoire français et notamment les campagnes, zones les plus touchées par la désertification médicale.

Au 1^{er} janvier 2016, la densité médicale pour les médecins généralistes est de 132,1 pour 100 000 habitants (64).

Ceci est le résultat des départs en retraite mais aussi des changements des comportements et mode de vie. Les nouveaux médecins refusent un exercice isolé, une surcharge de travail, et souhaitent un temps de vie privée plus important que leurs aînés.

2.3 LES LANDES

2.3.1 Géographie

Faisant maintenant partie de la région Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes, le territoire des Landes couvre une superficie de 9 243km² constituant ainsi le 2^{ème} département le plus vaste de France métropolitaine après la Gironde. **Figure 9.** (61)

Sa forêt qui appartient au massif des Landes de Gascogne, est la plus grande de France et le plus important massif forestier d'Europe, s'étalant sur environ 67% du territoire et les grandes étendues vallonnées verdoyantes de la Chalosse sont propices à la culture agricole : élevages de bœufs, canards, maïs mais aussi vignoble (67).

Figure 9. Géographie des Landes. IGN-INSEE 2016 (61)



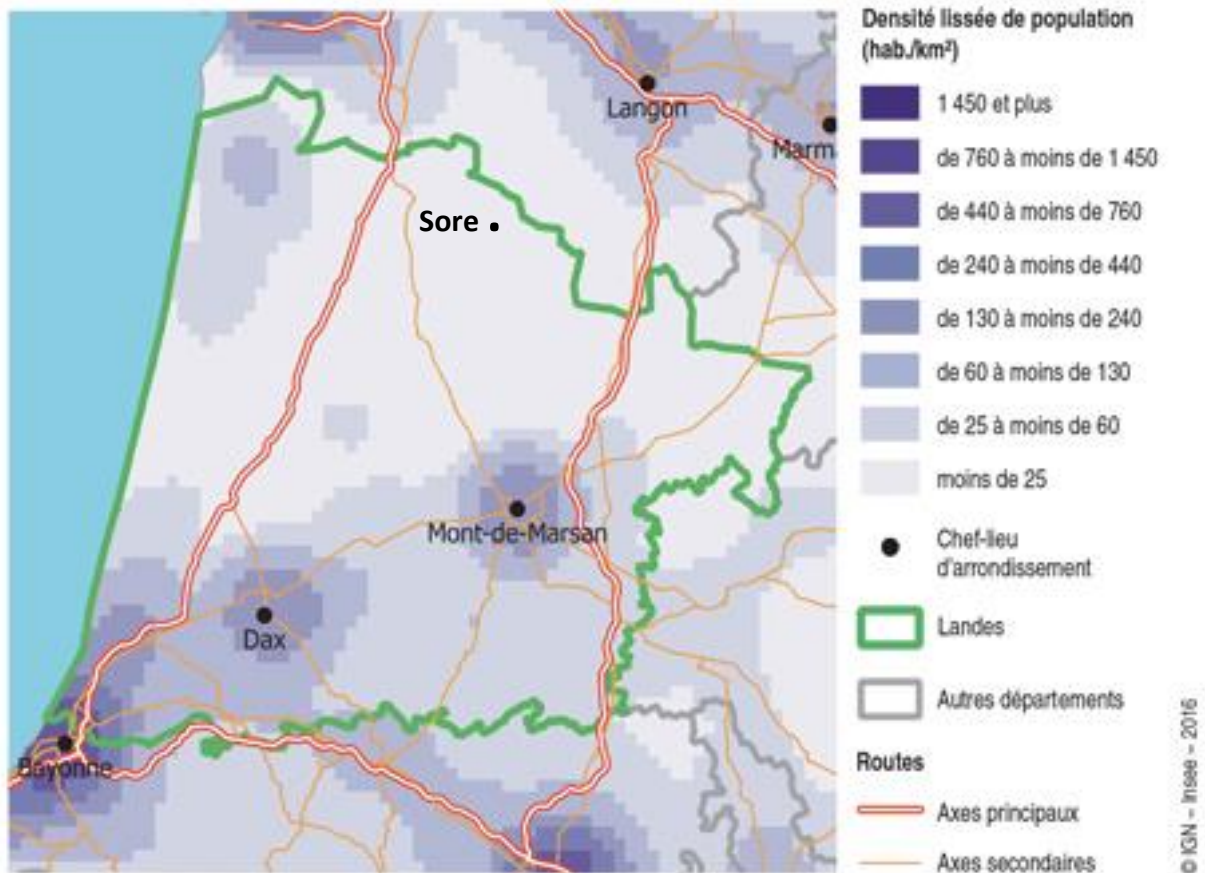
© IGN - Insee - 2016

2.3.2 Démographie

Au 1^{er} janvier 2015, les Landes comptent 405 200 habitants soit 6,9% de la région Aquitaine-Limousin-Poitou-Charente (41,67). C'est le territoire le plus rural d'Aquitaine avec une densité moyenne de 44 habitants/km² comme le montre la **figure 10** (61).

La part des PA est importante puisqu'en 2009 on dénombrait 41 340 PA de 75 ans ou plus (10,9% de la population départementale pour une moyenne nationale à 8,5%). Les estimations actuelles prédisent une progression importante du nombre de PA avec 50 000 PA de 75 ans et plus en 2020 et 90 000 en 2040 (41).

Figure 10. Densité de population des Landes – IGN- INSEE 2016 (61)



2.3.3 Difficulté d'accès aux soins

Dans les Landes, le rapport du Conseil Général rapporte de nombreux points de rupture concernant la prise en charge des PA dont le plus marquant est la pénurie de médecins généralistes. D'autres facteurs rendent la prise en charge des PA difficile (41) :

- le manque de moyens de locomotion des PA pour aller en consultation
- l'absence de médecin libéral de garde ou en activité
- le départ à la retraite de médecins généralistes non remplacés

Nous pouvons prendre l'exemple de la commune de SORE et ses 1 800 habitants, soit 7hab/km² qui a été dépourvue de médecins généralistes durant l'année 2016. Occupant une position privilégiée au cœur du Parc Naturel Régional des Landes de Gascogne, elle se situe à 57km des Urgences de Mont Marsan dont elle dépend, à 45km de Langon et à 75km de Bordeaux. Les distances d'accès au médecin de premier recours deviennent alors trop importantes (Pissos à 17km, Sabres à 27,3km, Labrit à 28,8km) et certaines PA ne conduisant plus, ne peuvent pas s'y rendre, les médecins des autres communes ne peuvent pas ajouter à leur charge de travail des VAD (visite à domicile) si éloignées (68).

En conclusion, on observe un vieillissement massif de la population, une forte demande de soins primaires, prédominant dans les zones rurales des Landes, associée à une désertification médicale.

Des chutes, résulte un taux de mortalité non négligeable, évitable par des moyens de prévention et des recommandations établies par les différents acteurs des pouvoirs publics. Qu'en est-il sur le terrain ? L'étude qui va suivre consiste à définir les freins d'une bonne prise en charge d'une chute dans les milieux ruraux des Landes par les médecins généralistes.

DEUXIEME PARTIE

1 OBJECTIF

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer les freins à une prise en charge adaptée des chutes chez les PA de 75 ans et plus, en milieu rural dans les Landes par les médecins généralistes entre décembre 2015 et Juillet 2016.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 TYPE ET LIEU DE L'ETUDE

Il s'agissait d'une étude analytique observationnelle de cohorte, incluant des patients sur une période de 7 mois entre décembre 2015 et Juillet 2016 en VAD ou en consultation, lors de mes différents remplacements dans les Landes à Saugnac-et-Cambran 40180, Labrit 40420, Amou 40330 et Campagne 40090.

Le cabinet de Saugnac et Cambran, situé à 6,2km de l'hôpital de Dax, regroupe 2 médecins de plus de 55 ans ; j'ai principalement remplacé l'un d'eux ; leur logiciel informatique était HELLODOC. **Figure 11.**

La Maison Pluridisciplinaire de Labrit, située à 28,7km de l'hôpital de Mont de Marsan, regroupe 3 médecins, dont 2 âgés de plus de 50 ans. J'ai remplacé à tour de rôle les 3 médecins, les patients ayant l'habitude de voir les 3 selon leurs disponibilités ; ils travaillent sur le logiciel WEDA. **Figure 12.**

Le cabinet de Amou, situé à 14km de l'hôpital d'Orthez, 47,3km de l'hôpital de Mont de Marsan et à 31,1km de l'hôpital de Dax, regroupe 5 médecins. Je n'ai remplacé que l'un d'entre eux qui travaillait sur CROSSWAY. Ils sont tous âgés de moins de 55 ans.

Le cabinet médical de Campagne, situé à 14,4km de l'hôpital de Mont De Marsan, ne possède qu'un médecin d'une cinquantaine d'année qui travaille seul. Le logiciel utilisé est CROSSWAY. **Figure 13.**

Figure 11. Présentation du logiciel HelloDoc

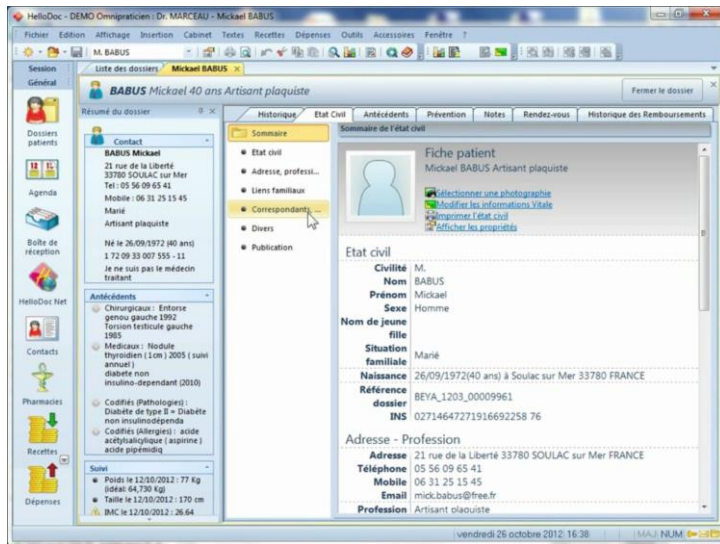


Figure 12. Présentation logiciel Weda

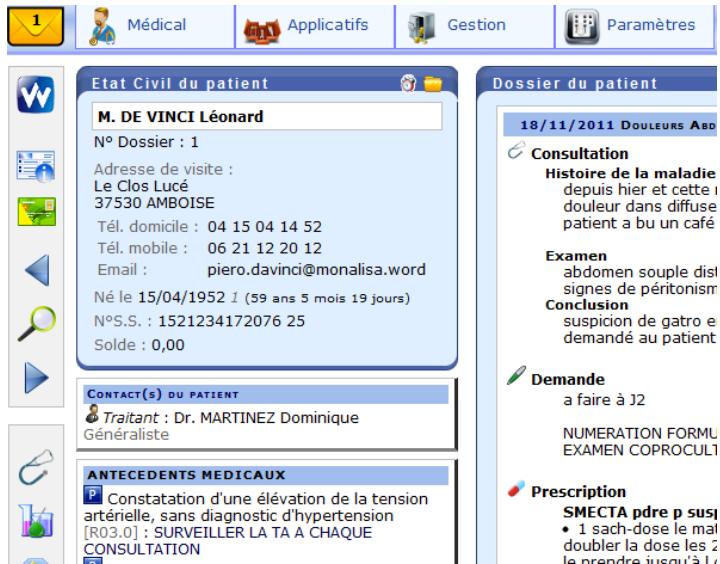
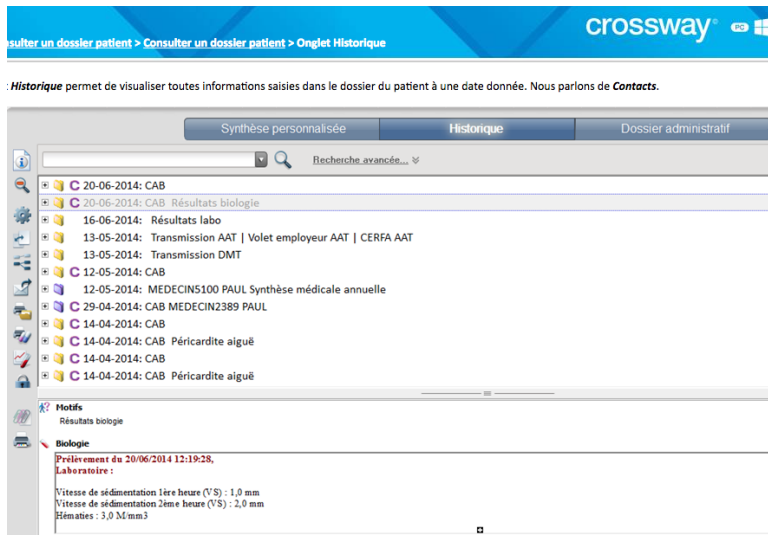


Figure 13. Présentation du logiciel Crossway



2.2 POPULATION ETUDIEE

Ont été incluses dans cette étude toutes les PA de 75 ans et plus, hommes et femmes vivant à domicile seules ou non, vues en visite à domicile ou en consultation pour quel qu'en soit le motif. N'ont pas été inclus, les patients de moins de 75 ans, vivant en institution ou grabataire à domicile.

2.3 RECUEIL DE DONNEES

Le recueil des données a été effectué de manière prospective, au cours de chaque consultation réalisée lors de mes déplacements entre décembre 2015 et juillet 2016. Le questionnaire a été proposé à chaque patient de plus de 75 ans. Pour les patients ne pouvant apporter des réponses fiables de par leur état de santé cognitif, je me suis adressée à l'entourage.

2.4 METHODE DE RECUEIL DE DONNEES

La plupart des questions étaient des questions fermées.

Le questionnaire se compose de la manière suivante : **Annexe 6**

- Caractéristiques de la population

Regroupées dans un petit encadré, les principales caractéristiques des patients : l'âge au moment de l'évaluation, le sexe, la distance de son habitat à une structure d'urgence et celle à une structure médicale de soins primaires; ces distances ont été calculées par le site internet Googlemaps, à partir de leur adresse précise jusqu'à la structure d'urgence la plus proche ainsi que jusqu'à l'adresse de leur médecin traitant. Des tranches kilométriques ont été ainsi définies (5km ; 5-10km ; 10-20km ; supérieure à 20km).

Il a été aussi précisé si la personne vit seule ou si l'entourage est présent c'est à dire qu'il habite dans la même maison ou non loin avec des visites régulières. Enfin il me semblait important de préciser le motif de ma venue.

- Les antécédents de chute :

La première question permet de dépister de manière directe un antécédent de chute dans l'année. La question sur le mécanisme de la chute n'est pas incluse puisque cela n'est pas l'objectif de cette étude. Nous étudions la prise en charge des chutes toute cause confondue. Dans le cas d'une réponse négative, on passait directement à la dernière

question du questionnaire pour savoir si le patient avait tout de même une crainte de tomber quel que soit son état de santé ou ses comorbidités associées.

- Les modalités d'alerte :

Les questions 2 et 3 ont permis d'étayer les premiers réflexes comportementaux des patients ou de leur entourage, après la chute. Préfèrent-ils alerter leur médecin traitant, leur entourage, les pompiers ou tout simplement personne, considérant peut-être la chute comme bénigne, sans conséquence ou reflétant l'impossibilité d'alerter son entourage (incapacité physique ou comportementale à donner l'alerte). Le médecin traitant peut ainsi passer à côté d'un état à risque grave de chute.

- Le bilan de chute :

Il n'est analysé que si les patients n'ont pas été hospitalisés ; en effet, l'objectif de l'étude était d'évaluer la prise en charge d'une chute en ambulatoire. Les questions 5 à 7 sont basées sur les recommandations de l'HAS 2009. Le médecin traitant, ayant eu connaissance d'une chute a-t-il mis en place une prévention secondaire ? A-t-il recherché des FDR? A-t-il réalisé un bilan à minima et proposé à son patient quelques tests de dépistage ?

- La démarche de prévention des chutes :

Quelles ont été les démarches médicales, paramédicales et sociales entreprises, ou non, par le médecin ? En cas d'absence préventive, le motif en a été précisé avec le patient et/ou son entourage. Cela est étudié via les questions 8 à 10.

- La peur de chuter :

Une PA qui chute, ou non, peut présenter une appréhension aux chutes. Les chuteurs ont-ils toujours peur de retomber, et les non chuteurs ont-ils déjà pensé à la chute ?

Pour les questions qui n'avaient pas obtenu de réponses satisfaisantes auprès des PA ou de leur entourage, nous avons recherché dans le dossier informatique du patient si une notion de chute avait été notée dans les douze derniers mois et si des démarches avaient été signalées (dernières ordonnances, prescriptions de soins paramédicaux, résultat de test de dépistage etc.)

En parallèle, il a été réalisé un questionnaire à destination des médecins, pour avoir leur ressenti sur les freins d'une prise en charge d'une chute dans le cadre de leur pratique. Le questionnaire médecin a été envoyé aux 11 médecins des cabinets que j'ai remplacés par mail via Googleform. **Annexe 7.**

2.5 ANALYSE STATISTIQUE

Les réponses au questionnaire ont été saisies et analysées à l'aide d'un tableur Excel. La saisie et la vérification des données ont été réalisées par un opérateur unique assurant la cohérence du recueil.

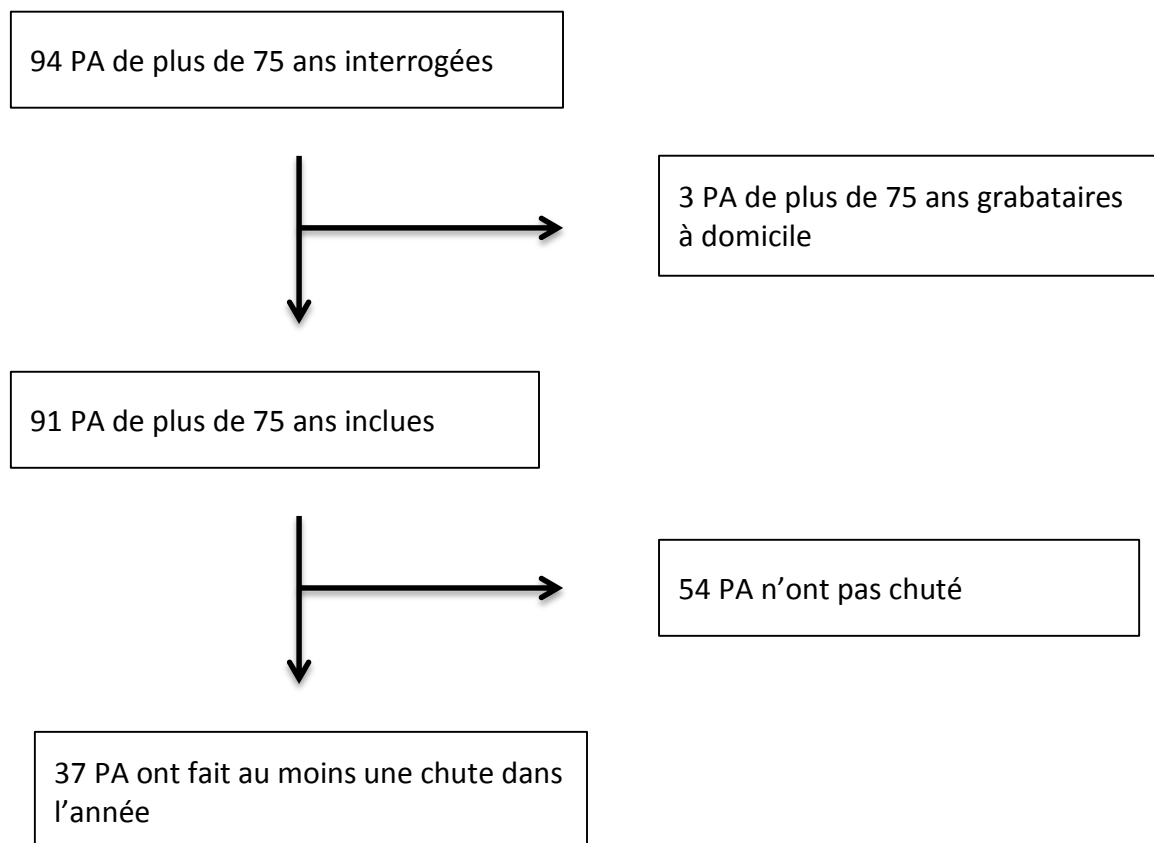
Les données qualitatives sont exprimées en effectif et pourcentage.

Nous avons utilisé pour les données non appariées le test de Khi 2 pour les variables qualitatives et le test de Fisher pour les variables qualitatives à petits échantillons. Un test est considéré significatif si $p < 0,05$.

3 RESULTATS

Nous avons interrogé 94 PA de plus de 75 ans. 3 PA ont été exclues car elles étaient grabataires. Nous avons donc retenu 91 PA. Parmi elles, 54 n'ont pas chuté dans les douze derniers mois et 37 ont déclaré avoir déjà fait une chute dans les douze derniers mois. Le schéma de l'étude est représenté en **figure 14**.

Figure 14. Diagramme de Flux



3.1 DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE

Les caractéristiques sociodémographiques de la population incluse sont récapitulées dans le **Tableau 1**

3.1.1 L'âge

La population étudiée était âgée de plus de 75 ans et se répartissait de la manière suivante : Sur les 91 patients, il y a avait 19 patients âgés de 75 à 79 ans (20,8%), 26 patients âgés de 80 à 84 ans (28,5%), 28 patients âgés de 85 à 89 ans (30,7%) et 18 patients âgés de plus de 90 ans (19,7%).

3.1.2 Le sexe

Il a été interrogé plus de femmes que d'hommes : 58 femmes (63,7%) contre 33 hommes (36,2%).

3.1.3 La condition sociale

Sur les 91 patients interrogés, 38 vivaient seuls soit 41,7% contre 53 qui vivaient en couple ou avec leur entourage soit 58,2%.

3.1.4 L'isolement géographique

Concernant la distance aux structures de soins, la plupart des patients (44) habitaient à une distance de 20-30 km d'une structure d'urgence hospitalière (48,3%), il y avait tout de même 16 patients à une distance de plus de 30 km (17,5%) ; 6 patients habitaient à moins de 10 km des Urgences (6,5%) et 25 patients entre 10 et 20 km (27,4%).

Concernant l'accès au médecin traitant : 34 des patients habitaient entre 5 et 10 km de chez le médecin traitant (37,3%) ; 28 patients à moins de 5km (30,7%) et 24 habitaient entre 10 et 20km (26,3%). Seulement 5 patients habitaient à plus de 20km de leur médecin (5,4%).

3.1.5 Les motifs de consultation

Sur les 91 patients interrogés, il y avait 3 types de consultation

- le renouvellement d'ordonnance pour 61 patients (67%)
- une chute pour 3 patients (3,2%)
- autres pour 27 patients (29,7%). Les motifs « autres » pouvaient être divers et variés (agitation, bronchite, cruralgie ou autre douleur rhumatismale, dépression, douleur abdominale, plaie, infection urinaire, vertige etc.).

Tableau 1. Description de la population incluse

	Nombre de patients	Pourcentage (%)	Moyenne
Age			
75-79ans	19		20,8
80-84ans	26		28,5
85-89ans	28		30,7
>90ans	18		19,7
Sexe			
Femme	58		63,7
Homme	33		36,2
Condition Sociale			
Vit seul	38		41,7
Ne vit pas seul	53		58,2
Distance Urgence			
<10km	6		6,5
10-20km	25		27,4
20-30km	44		48,3
>30km	16		17,5
Distance Médecin Traitant			
<5km	28		30,7
5-10km	34		37,3
10-20km	24		26,3
>20km	5		5,4

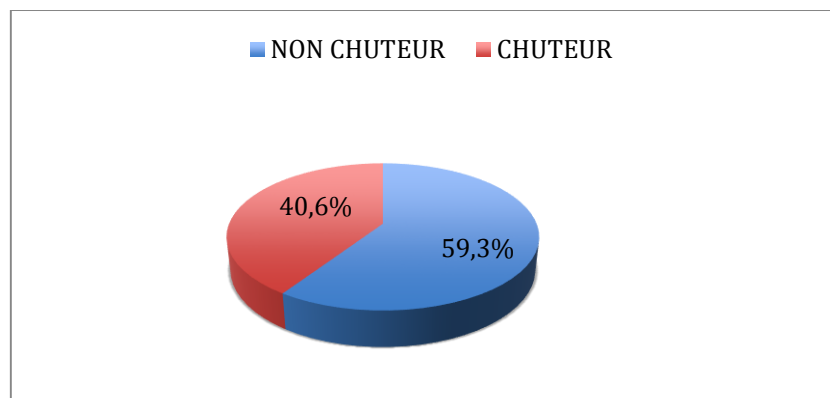
3.2 DESCRIPTION DE LA POPULATION DES CHUTEURS

3.2.1 Description générale

- Sur les 91 patients, 37 ont déjà fait au moins une chute dans l'année (40,6%) et 54 ne sont jamais tombés ou du moins n'ont pas fait de chute dans l'année (59,3%).

Figure 15.

Figure 15. Répartition des chuteurs/ non chuteurs



Les caractéristiques de la population qui a chuté dans l'année sont regroupées dans le

Tableau 2

- 16 patients chuteurs sur les 37 (43,2%) ont entre 85 et 89 ans ; 11 (29,7%) ont entre 80 et 84 ans, 8 (21,6%) ont plus de 90 ans et 2 (5,4%) ont entre 75 et 79 ans.
- Les chutes ont concerné plus de femmes (22 contre 15) soit 59,4% (contre 40,5% pour les hommes).
- Les personnes qui ont chuté dans l'année ne vivaient pas seules pour 22 d'entre elles (59,4%) et 15 vivaient seules (40,5%).
- La majorité était à une distance de 20-30 km d'une structure d'urgence (15 patients soit 40,5%) et à 5-10 km de leur médecin (15 patients soit 40,5%).
- Lorsqu'un patient chute, il a tendance à ne prévenir personne. Sur les 37 chuteurs, 22 patients n'ont alerté personne (59,4%) et les principales raisons étaient « chutes bénigne, inutilité d'alerter » ; 5 ont alerté leur médecin (13,5%) ; 2 ont eu le réflexe d'alerter leur entourage (5,4%), en l'occurrence un de leur enfant dans les 2 cas ; et 8

ont alerté directement les pompiers (21,6%) et à chaque fois par des déclenchements de téléalarme.

Sur les 37 chuteurs dans l'année, 6 ont été hospitalisés (16,2%) contre 31 non hospitalisés (83,7%) ; les raisons des non-hospitalisés étaient pour la plupart des non-indications car la chute a été jugée bénigne soit par le patient, soit par l'entourage soit par le médecin traitant.

Tableau 2. Description des caractéristiques sociodémographiques de la population ayant fait au moins une chute dans l'année

	Nombre de patients	Pourcentage (%)	Moyenne
Age			
75-79 ans	2		5,4
80-84 ans	11		29,7
85-89 ans	16		43,2
>90 ans	8		21,6
Sexe			
Femme	22		59,4
Homme	15		40,5
Condition sociale			
Vit seul	15		40,5
Ne vit pas seul	22		59,4
Distance Urgence			
<10km	3		8,1
10-20km	13		35,1
20-30km	15		40,5
>30km	6		16,2
Distance Médecin Traitant			
<5km	13		35,1
5-10km	15		40,5
10-20km	5		13,5
>20km	4		10,8
L'alerte			
Personne	22		59,4
Médecin	5		13,5
Entourage	2		5,4
Pompiers	8		21,6
Orientation post-chute			
Hospitalisé	6		16,2
Non hospitalisé	31		83,7

Concernant l'évaluation post-chute suite à la dernière chute rapportée, les résultats sont regroupés dans le **Tableau 3** :

- Sur les 37 patients tombés dans l'année, seulement 2 ont bénéficié d'une évaluation post-chute par leur médecin (5,4%) selon les recommandations de l'HAS.
- Aucun n'a subi les tests simples de dépistage tels que Time Up and Go test, Station Unipodale et la capacité à se relever d'une chaise sans les mains.
- Il y a eu très peu d'examens complémentaires, biologie ou imagerie, dans les suites d'une chute : 3 patients soit 8,1%.
- Concernant la prévention secondaire : 2 patients ont vu leur ordonnance réévaluée (5,4%) ; 10 patients ont reçu une incitation à l'activité physique (27,0%), 5 patients ont été incités à investir dans une aide technique à la marche (13,5%) ; 2 patients ont vu apparaître de la vitamine D sur leur ordonnance suite à une chute (5,4%) ; 7 patients ont eu accès à de la kinésithérapie (18,9%). Les causes du non accès au Kiné étaient, soit un refus du patient, soit cela n'a pas été proposé par le médecin aux dires des patients ; il a donc été difficile d'évaluer de manière quantifiable les raisons de la non prescription de kiné.
- Enfin quant au plan d'aide, il est dans la quasi-totalité des cas, inexistant : seulement 7 patients (18,9%) ont bénéficié d'un plan d'aide dont 1 patient a eu contact avec une assistance sociale (2,7%) ; 6 à une aide-ménagère (16,2%) ; 2 à une aide-soignante (5,4%), 3 au passage d'une infirmière (8,1%).

Tableau 3. Effectifs des chuteurs ayant eu une évaluation post-chute

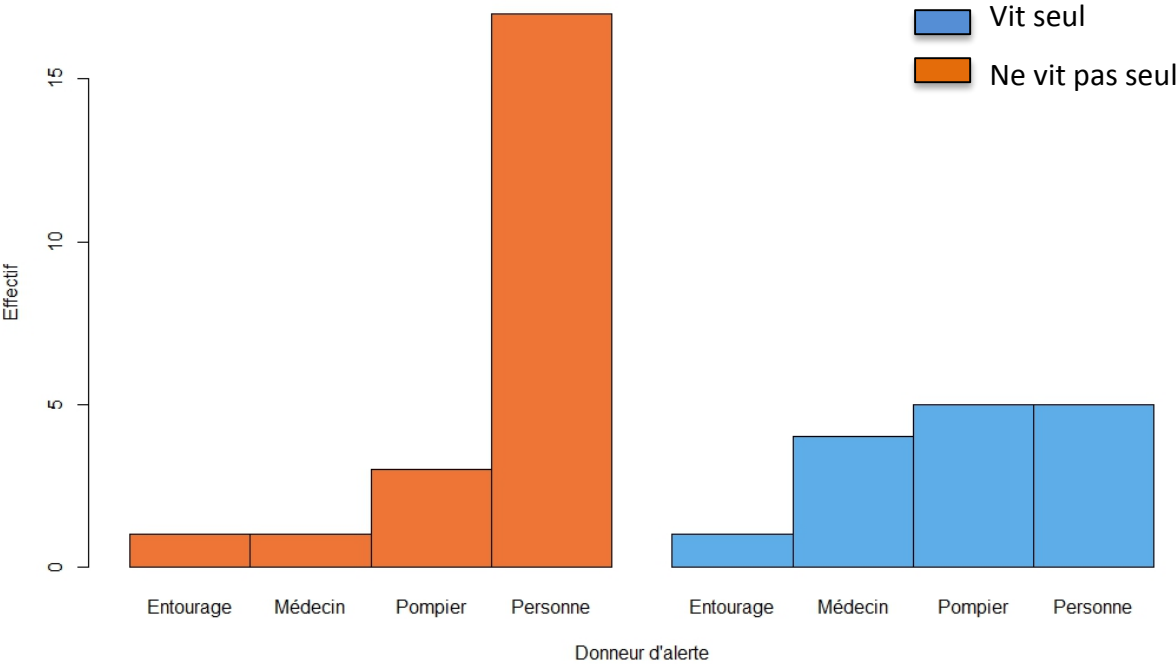
Evaluation Post-Chute	Nombre de patients	Pourcentage (%)	Moyenne
Test de dépistage (TUG, station unipodale, capacité de se relever d'une chaise sans s'aider des mains)	0		0
Examens complémentaires (biologie, imagerie)	3		8,1
Réévaluation de l'ordonnance	2		5,4
Incitation à l'activité physique	10		27
Mise en place d'aide technique	5		13,5
Prescription de vit D	2		5,4
Prescription de kinésithérapie	7		18,9
Assistance sociale	1		2,7
Aide ménagère	6		16,2
Infirmière à domicile	3		8,1

3.2.2 Facteurs influençant les modalités d'alerte et la décision d'hospitalisation

La distance d'habitation à une structure d'urgence n'a pas d'influence sur le fait de ne pas être hospitalisé $p=0,3966$.

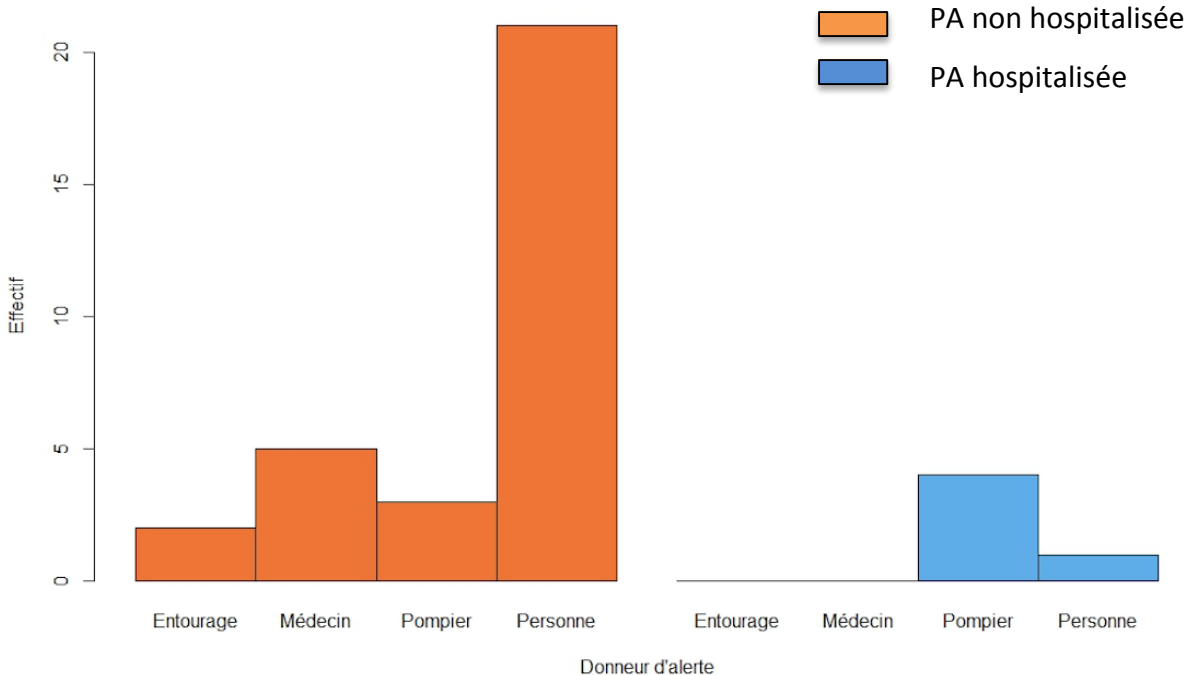
Le mode d'alerte diffère significativement suivant que la personne vit seule ou pas $p=0,034$. Une PA qui vit entourée, serait dans la majorité des cas aidée par son entourage alors qu'une PA qui vit seule aura tendance en premier lieu à alerter les pompiers ou personne. Le médecin généraliste arrive en 3^{ème} position. **Figure 16**

Figure 16. Proportion des PA donnant l'alerte en fonction de leur mode de vie



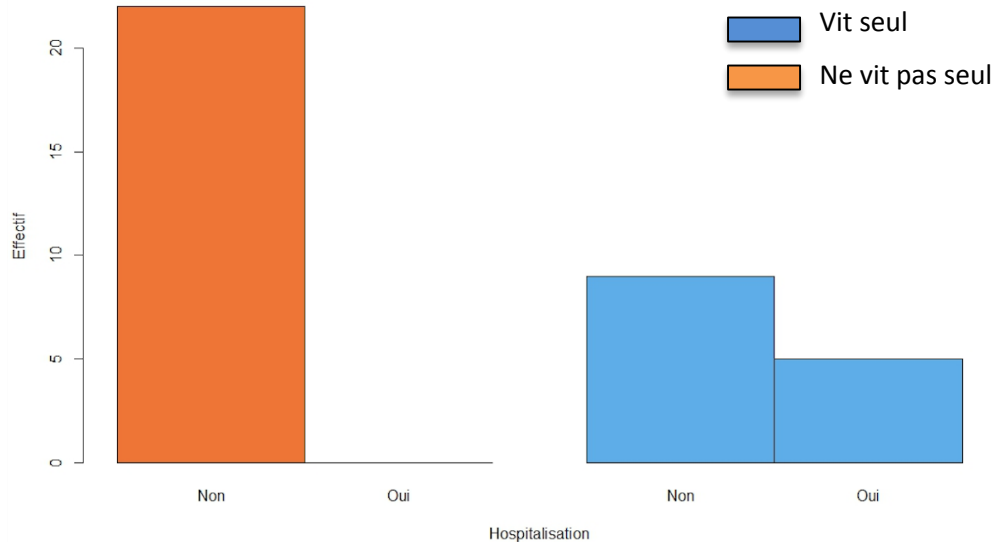
La décision d’hospitaliser diffère significativement suivant le mode d’alerte du patient $p=0,01266$. Lorsque le chuteur alerte les pompiers ou ne donne pas l’alerte (il est retrouvé à domicile), l’hospitalisation est plus fréquente **Figure 17**.

Figure 17. Proportion des PA donnant l’alerte en fonction de leur devenir



Les PA hospitalisées sont toutes des PA vivant seules. Le mode de vie a un lien significatif avec la décision d'hospitaliser $p= 0,00531$. Chez les patients qui ne vivaient pas seuls et qui sont tombés, aucune hospitalisation n'a été observée. **Figure 18.**

Figure 18. Proportion des PA hospitalisées en fonction de leur mode de vie



3.3 LA PEUR DE CHUTER

3.3.1 Description générale

Sur les 37 patients de plus de 75 ans qui ont fait au moins une chute dans l'année, 23 patients ont peur de chuter (62,1%) contre 14 qui n'ont pas peur (37,8%).

Sur les 54 patients de plus de 75 ans qui ne sont jamais tombés ou du moins pas dans l'année, 23 ont peur de chuter (42,9%) contre 31 qui n'ont pas peur (57,4%).

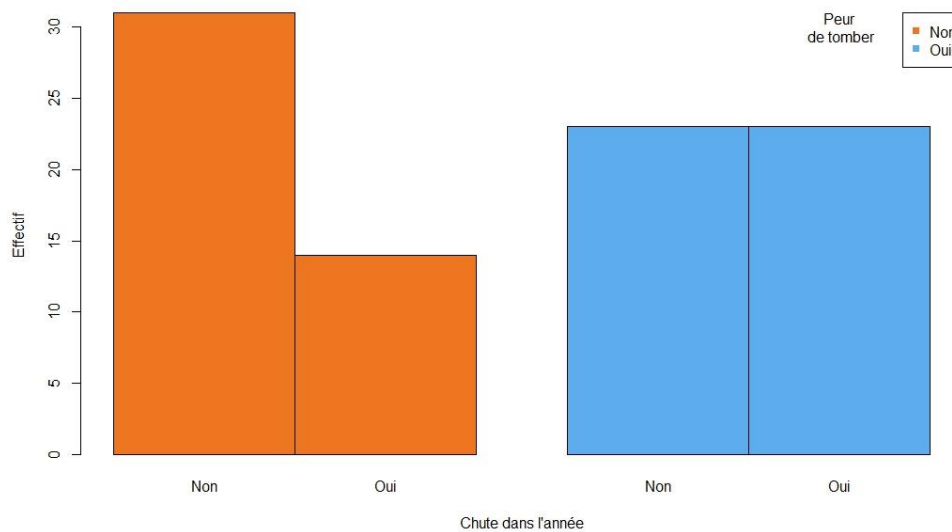
3.3.2 Corrélation chuteur et peur de chuter

Dans le groupe des chuteurs, 23 ont peur de chuter (62,1%) et dans le groupe des non chuteurs, 23 patients ont aussi peur de chuter (42,9%). La peur de chuter n'a cependant pas de lien significatif avec le fait d'être déjà tombé dans l'année car $p= 0,06664$. **Tableau 4 et figure 19**

Tableau 4. Corrélation concernant la peur de chuter

	Peur de chuter	Pas peur de chuter
Chuteur	23	14
Non chuteur	23	31

Figure 19. Proportion des PA qui ont peur de chuter en fonction de leur antécédent de chute



3.4 CE QU'EN PENSENT LES MEDECINS GENERALISTES ?

Sur les 11 médecins interrogés, nous avons obtenu 4 réponses.

- Sur les 4 médecins généralistes, tous estiment que les freins à une bonne prise en charge des chutes sont en lien avec un manque de temps ; 1 estime que la précocité de la chute empêche de faire un dépistage du risque de chute et préfère le faire à distance.
- 3 reconnaissent qu'ils ne maîtrisent pas bien les recommandations HAS.
- 3 considèrent que le manque d'outils et la difficulté d'accès au réseau sont des freins à la bonne prise en charge des chutes.
- 3 pensent à demander régulièrement à leur patient s'ils leur arrivent de tomber.

4 DISCUSSION

4.1 RESULTATS GENERAUX

Notre étude a permis de mettre en évidence des freins à la prise en charge d'une chute chez les PA dans le milieu rural des Landes. La population âgée landaise suit la même évolution de vieillissement que le reste de la population. La majorité des patients interrogés est bientôt nonagénaire et de sexe féminin. Concernant l'isolement, cette majorité de patients habitent loin d'une structure d'urgence et n'ont pas forcément les capacités à se déplacer seule ; mais ils sont très souvent bien entourée par ses proches, qu'ils habitent sous le même toit ou qu'ils passent fréquemment les voir.

L'impact d'une chute et ses complications ont fait l'objet de recommandations récentes de l'HAS. L'étude montre le reflet de ce qui se passe concrètement sur le terrain et les difficultés rencontrées par les médecins généralistes en milieu rural. Sur les 91 patients, le nombre de personnes ayant chuté dans l'année n'est pas négligeable : 40,6% des PA interrogées reconnaissent avoir déjà fait une chute quelles qu'en soient les causes et les complications qu'elles ont pu provoquer.

Le principal frein retrouvé à la bonne prise en charge des chutes est l'absence d'alerte de la part des PA notamment envers leur médecin traitant. 59,4% n'ont alerté personne suite à leur chute et leur explication est quasiment la même : « pourquoi alerter mon médecin, ce n'était pas grand-chose », « je n'ai eu que quelques égratignures », « pourquoi aurai-je dérangé mon médecin pour ça » ou de la part de l'entourage « vous savez, ça lui arrive souvent de tomber, que voulez-vous, il n'est plus tout jeune, c'est normal ». L'événement chute est minimisé, banalisé et n'est pas porté à la connaissance du médecin généraliste.

Le mode de vie est aussi un frein puisque la PA qui vit seule n'alertera pas de la même manière que celle qui vit entourée. Les personnes isolées ne sont pas systématiquement hospitalisées, ceci pouvant s'expliquer soit par le fait qu'il n'y a pas d'indication à être hospitalisé, soit par l'absence d'alerte de peur d'être hospitalisé. Elles restent cependant plus nombreuses à être hospitalisées ; la faute à un retard d'alerte induisant des complications ou à la difficulté d'un maintien à domicile.

La méconnaissance relative des recommandations par les médecins généralistes est un frein à la prise en charge d'une chute chez la PA. Les tests de dépistage proposés par l'HAS n'ont pas été pratiqués, très peu d'examens complémentaires ont été réalisés et la prise en charge secondaire n'est pas optimisée.

La faible pratique d'une évaluation post-chute est un frein à la prise en charge d'une chute. Les chuteurs de l'échantillon étudié sont très peu nombreux à avoir bénéficié d'un bilan post-chute par leur médecin généraliste.

Selon le point de vue de ces médecins généralistes interrogés, le frein principal est le manque de temps ; ils incriminent aussi une méconnaissance des recommandations et une insuffisance d'accès au réseau de soins.

4.2 LIMITES DE L'ETUDE

4.2.1 Discussion sur la méthode

La force principale de cette étude ont été le recueil de données ; nous avons réussi à recueillir le retour d'expérience de près d'une centaine de PA de plus de 75 ans, quelques fois en visite à domicile très très très très loin de tout, là où on n'aurait pas imaginé trouver âmes qui vivent. Le questionnaire a essayé de coller au plus près d'une prise en charge d'une chute avec des détails non négligeables et pertinent avec une majorité de questions fermées et les données recueillies par un même opérateur.

Il existe cependant certaines limites. La puissance de cette étude est faible de par la taille de son échantillon sur les 4 lieux d'exercices. Il aurait été intéressant d'élargir les lieux d'exercice au sein des Landes.

Il existe un biais méthodologique concernant le recueil d'information réalisé auprès des PA ou de leur entourage. En effet, le biais mémorisation (défaillance des fonctions cognitives liées à la mémoire, la perception, le langage ou le raisonnement de la personne âgée) associé à un biais de formulation et de confusion lors de l'entretien et à un biais social et culturel ont pu interférer dans la fiabilité des données.

Un autre biais méthodologique a été le recueil d'information auprès des logiciels informatiques. Il y a eu un net manque de traçabilité sur les différents logiciels des médecins généralistes.

Concernant le recueil de données adressé aux médecins généralistes, l'échantillon a été trop faible ; il aurait fallu élargir et envoyer le questionnaire à un plus grand nombre de praticiens des Landes mais aussi leur proposer un questionnaire identique que celui proposé au patient sous forme d'entretien, permettant une approche qualitative de la méthode.

Le bilan de chute n'a été analysé que pour les PA chuteuses non hospitalisées. Cependant, un chuteur peut être orienté vers l'hôpital sans passer par son médecin généraliste puis renvoyé à domicile après un bilan d'urgence. Le manque de courrier et de communication des services des urgences envers les médecins généralistes a pu empêcher la bonne prise en charge des chutes.

4.2.2 Discussion sur les résultats

Cette étude a mis en évidence que pour les 5 patients ayant alerté leur médecin, il a été mis en place un bilan post chute adapté et des moyens de prévention secondaire optimums.

L'évaluation post-chute n'a pas pu être étudiée en détail, du fait de la taille trop petit de notre échantillon.

L'antécédent de chute dans les douze derniers mois a été étudié et analysé ; cependant, pour les non-chuteurs, aucune donnée sur les éventuelles démarches mises en place, antérieurement n'a été recueillie. La mise en place de prévention primaire n'a pu donc être réalisée. A noter que l'objectif n'était pas de faire une étude comparative chuteur/non chuteur.

La mise en place d'un plan d'aide en adéquation avec les besoins des patients au décours d'une chute est insuffisante, laissant à penser que cette préoccupation est à renforcer auprès des intervenants à domicile et, en premier lieu, du médecin traitant. Certains patients profitaient déjà d'aides à domicile avant la chute (aide technique, kiné ou plan d'aide sociale).

Concernant le lien de causalité entre le mode de vie et le risque d'hospitalisation, le résultat ne peut pas être analysé de par la faible proportion de PA hospitalisées recrutées dans l'étude.

L'étude a montré qu'il n'y a pas de lien significatif entre la peur de chuter et l'antécédent de chute, contredisant ainsi toutes les études de la littérature. L'effectif étant inégal, ce résultat n'est pas interprétable compte tenu de la taille de notre échantillon et du mode de recueil de données.

4.3 IMPLICATION CLINIQUE

Il serait intéressant d'inciter les médecins généralistes à plus de traçabilité vis-à-vis de leur dossier informatique concernant les chutes. Au vu de toute la complexité qu'elles entraînent, un suivi tracé informatique ne serait que bénéfique aux patients.

Concernant le dépistage des chutes : deux moyens simples pourraient être développés, le score SRC-CES et le partage des données entre professionnels. Dans les Landes, il existe le dossier du patient en réseau via le serveur GLOBULE accessible depuis un ordinateur ou en application sur les téléphones portables (69). Le dossier regroupe le dossier administratif, éducatif, social, projet personnel et liaison, avec possibilité de mettre des photos.

Il serait bénéfique pour le patient d'améliorer la coordination des soins et l'accès au réseau en cas de chute. C'est le cas de « Santé Landes », projet piloté par l'ARS pour aider le médecin généraliste à faciliter la coordination (70).

Il serait intéressant de réaliser une étude similaire en milieu urbain. Les difficultés rencontrées sont-elles les mêmes ?

4.4 PERSPECTIVE

Afin de réduire les freins à une bonne prise en charge des chutes chez la PA, il pourrait être proposé des formations médicales continues pour les médecins généralistes. L'information concernant la prévention primaire semble également être une voie d'amélioration.

La force des campagnes de prévention avec l'implication des politiques de santé peut jouer aussi un rôle positif sur le regard des PA face à leur vieillissement.

CONCLUSION

Le médecin traitant a un rôle central dans la prise en charge des personnes âgées. Les chutes sont un enjeu majeur de santé publique puisqu'elles sont intriquées dans une problématique complexe mêlant vieillissement, prévention, et application de référentiel en soins primaire.

Le but de cette étude était de définir les freins à la prise en charge des chutes par les médecins généralistes des Landes.

Les principaux freins qui en ressortent sont l'absence d'alerte par les PA, la méconnaissance des médecins généralistes concernant les recommandations et leur manque de temps. Il faut ajouter à cette liste l'isolement des PA en milieu rural et la difficulté d'accès au réseau de soins.

Le vieillissement des médecins et la désertification médicale doivent aussi être pris en compte.

L'amélioration de la formation médicale et l'élaboration de réseaux de soins formalisés doivent être renforcés notamment dans les milieux ruraux. L'information des modalités d'alerte à grande échelle doit être un axe de réflexion pour nos politiques de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité. Prévention des chutes chez la personne âgée à domicile [Internet]. 1995. Available from: www.inpes.santepubliquefrance.fr
2. Dargent-Molina P, Bréart G. Epidemiology of falls and fall-related injuries in the aged. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1995;43(1):72–83.
3. Kannus P, Parkkari J, Niemi S, et al. Fall-induced deaths among elderly people. *Am J Public Health*. 2005 Mar;95(3):422–4.
4. Nazarko L. Falls prevention in practice: guidance and case study. *Br J Community Nurs*. 2006 Dec;11(12):527–9.
5. Haute Autorité de Santé. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées [Internet]. 2009 Apr. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_793371/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees
6. Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée [Internet]. 2005 Nov. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272503/fr/prevention-des-chutes-accidentelles-chez-la-personne-agee
7. Gostynski M, Ajdacic-Gross V, Gutzwiller F, et al. Epidemiological analysis of accidental falls by the elderly in Zurich and Geneva. *Schweiz Med Wochenschr*. 1999 Feb 20;129(7):270–5.
8. Organization WH. Global Report on Falls Prevention in Older Age [Internet]. 2016 Sep. Available from: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf
9. Cummings SR, Nevitt MC, Kidd S. Forgetting falls. The limited accuracy of recall of falls in the elderly. *J Am Geriatr Soc*. 1988 Jul;36(7):613–6.
10. Blanpain N, Chardon O. Projections de population 2007-2060 pour la France: méthode et principaux résultats [Internet]. www.INSEE.fr. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1380813>
11. Blanpain N. 15000 centenaires en 2010 en France, 200000 en 2060? Insee Première, Enquêtes et études démographiques [Internet]. N°1319. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281153>
12. United Nations. World Population Prospects: The 2004 Revision. [Internet]. Available from:

- http://www.un.org/esa/population/publications/WPP2004/2004Highlights_finalrevised.pdf
13. Organization WH. World Report on Aging and Health [Internet]. 2016. Available from: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/fr/>
 14. Dubreuil J. Dépendance des personnes âgées en Aquitaine: des dépenses en constante progression, des enjeux pour les 30 ans à venir. [Internet]. Insee Aquitaine-e-publications. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1293832>
 15. Chaleix M. Recensement de la population de 1999: 7,4 millions de personnes vivent seules en 1999. [Internet]. INSEE. 2001. Available from: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP788.pdf
 16. Colin C. Que nous apprend l'enquête HID sur les personnes âgées dépendantes, aujourd'hui et demain ? La Doc. française, editor. Rev Fr Aff Soc. (1-2):75-101.
 17. Laroque P. Rapport Laroque Commission d'étude des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille. Editions L'Harmattan; 2014.
 18. Rockwood K. What would make a definition of frailty successful? Age Ageing. 2005 Sep;34(5):432-4.
 19. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, et al. La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2011;9(4):387-90.
 20. Lang P-O, Dramé M, Mahmoudi R, et al. La fragilité : les enseignements de l'étude de la cohorte SAFEs et les perspectives d'avenir en matière de recherche. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2011;9(2):135-49.
 21. Gonthier R, Blanc P, Farce S, et al. Individualization of the frail elderly people and use of health care services. Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2003 Sep;1(3):187-96.
 22. Définitions : chute - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Available from: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/chute/15926>
 23. Hauer K. Systematic review of definitions and methods of measuring falls in randomised controlled fall prevention trials. Age Ageing. 2006 Jan 1;35(1):5-10.
 24. Tinetti ME, Baker DI, McAvay G, et al. A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. N Engl J Med. 1994 Sep;331(13):821-7.
 25. Petit B MD. Ajoutez de l'aplomb aux années- Institut Européen Interuniversitaire de l'Action Sociale. IEIAS; 1993. p. 1-87.
 26. Dargent GA. La prévention des chutes chez la personne âgée. In: Louvain Méd. 1998.

- p. 117 (3) : S59-S68.
27. Rubenstein LZ. Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age Ageing*. 2006 Sep;35(Supplement 2):ii37-ii41.
 28. Campbell AJ. Implementation of multifactorial interventions for fall and fracture prevention. *Age Ageing*. 2006 Sep 1;35(Supplement 2):ii60-ii64.
 29. Tinetti ME, Kumar C. The patient who falls: "It's always a trade-off". *JAMA*. 2010 Jan 20;303(3):258–66.
 30. Cameron ID, Gillespie LD, Robertson MC, et al. Interventions for preventing falls in older people in care facilities and hospitals. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012. p. CD005465.
 31. Tinetti ME, Doucette J, Claus E, et al. Risk factors for serious injury during falls by older persons in the community. *J Am Geriatr Soc*. 1995 Nov;43(11):1214–21.
 32. DREES. Problèmes de santé spécifiques à des groupes de population: chutes des personnes âgées. Objectif 99 [Internet]. L'état de santé de la population en France-Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publiques. 2011. Available from: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_sante-population_2011.pdf
 33. Tinetti ME, Liu WL, Claus EB. Predictors and prognosis of inability to get up after falls among elderly persons. *JAMA*. 1993 Jan 6;269(1):65–70.
 34. Vellas BJ, Wayne SJ, Romero LJ, et al. Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers. *Age Ageing*. 1997 May;26(3):189–93.
 35. Toussaint B. Prévenir les chutes des sujets âgés. *La Revue Prescrire*. 1997;17 (171) :202-4.
 36. Davison J, Bond J, Dawson P, et al. Patients with recurrent falls attending Accident & Emergency benefit from multifactorial intervention-a randomised controlled trial. *Age Ageing*. 2005 Jan;34(2):162–8.
 37. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, et al. Interventions for preventing falls in elderly people. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003. p. CD000340.
 38. Karlsson MK, Magnusson H, von Schewelow T, et al. Prevention of falls in the elderly—a review. *Osteoporos Int*. 2013 Mar;24(3):747–62.
 39. Lee WK, Kong KA, Park H. Effect of preexisting musculoskeletal diseases on the 1-year incidence of fall-related injuries. *J Prev Med Public Health*. 2012 Sep;45(5):283–90.
 40. Allard M.A.J., Andrieux J, Westerloppe J. Le cout économique de la chute peut-il être estimé? In: Serdi P, editor. *Du vieillissement réussi à la perte d'autonomie Les troubles de la posture et les risques de chute*. Banque de données en santé publique; 1995. p.

379.

41. Conseil Général des Landes. Schéma Landais en faveur des personnes vulnérables [Internet]. 2014. Available from: http://www.landes.fr/files/cg40/vivre-ensemble/autonomie-dependance/Schem_persvuln_bd-BAT.pdf
42. Skelton D, Dinan S, Campbell M, et al. Tailored group exercise (Falls Management Exercise - FaME) reduces falls in community-dwelling older frequent fallers (an RCT). *Age Ageing*. 2005 Nov;34(6):636–9.
43. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk Factors for Falls among Elderly Persons Living in the Community. *N Engl J Med*. 1988 Dec;319(26):1701–7.
44. Dehail P, Cressot V, Delleci C, et al. Troubles de la marche et de l'équilibre. Chutes chez le sujet âgé. *La Revue du Praticien*. 2011 Apr;61(4):575.
45. Chang JT. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ*. 2004 Mar;328(7441):680–0.
46. Steffen TM, Hacker TA, Mollinger L. Age- and gender-related test performance in community-dwelling elderly people: Six-Minute Walk Test, Berg Balance Scale, Timed Up & Go Test, and gait speeds. *Phys Ther*. 2002 Feb;82(2):128–37.
47. Isles RC, Choy NLL, Steer M, et al. Normal Values of Balance Tests in Women Aged 20-80. *J Am Geriatr Soc*. 2004 Aug;52(8):1367–72.
48. Podsiadlo D, Richardson S. The timed “Up & Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*. 1991 Feb;39(2):142–8.
49. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 1986 Feb;34(2):119–26.
50. Vellas BJ, Rubenstein LZ, Ousset PJ, et al. One-leg standing balance and functional status in a population of 512 community-living elderly persons. *Aging (Milano)*. 1997 Apr;9(1–2):95–8.
51. Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y. “Stops walking when talking test” as a predictor of falls in elderly people. *Lancet*. 1997 Mar;349(9052):617.
52. Csuka M, McCarty DJ. Simple method for measurement of lower extremity muscle strength. *Am J Med*. 1985 Jan;78(1):77–81.
53. Guralnik JM, Ferrucci L, Pieper CF, et al. Lower extremity function and subsequent disability: consistency across studies, predictive models, and value of gait speed alone compared with the short physical performance battery. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2000 Apr;55(4):M221–31.
54. Buatois S, Miljkovic D, Manckoundia P, et al. Five times sit to stand test is a predictor

- of recurrent falls in healthy community-living subjects aged 65 and older. *J Am Geriatr Soc.* 2008 Aug;56(8):1575–7.
55. Bohannon R. Reference values for the five-repetition sit-to-stand test: a descriptive meta-analysis of data from elders. *Percept Mot Skills.* 2006 Aug;103(1):215–22.
 56. Bischoff HA, Stähelin HB, Monsch AU, et al. Identifying a cut-off point for normal mobility: a comparison of the timed “up and go” test in community-dwelling and institutionalised elderly women. *Age Ageing.* 2003 May;32(3):315–20.
 57. Ganz DA, Bao Y, Shekelle PG, et al. Will my patient fall? *JAMA.* 2007 Jan;297(1):77–86.
 58. INPES. Prévention des chutes chez la personne âgée à domicile [Internet]. 1995. Available from:
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/830.pdf>
 59. Bongue B, Dupré C, Beauchet O, et al. A screening tool with five risk factors was developed for fall-risk prediction in community-dwelling elderly. *J Clin Epidemiol.* 2011 Oct;64(10):1152–60.
 60. Beauchet O, Rossat A, Bongue B, et al. Change in arm position during one-leg balance test: a predictor of recurrent falls in community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2010 Aug;58(8):1598–600.
 61. INSEE. Définitions, méthodes et qualité - Espace rural [Internet]. INSEE. 2016 [cited 2016 Feb 23]. Available from:
<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/espace-rural.htm>
 62. Dalla-Longa M, Dubreuil JM, Gonzalez N, et al. Les zonages en Aquitaine. Le dossier Insee Aquitaine (1997-2014) [Internet]. 2004;(51):39. Available from:
<https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/8100>
 63. Préfecture des Landes. Zones de revitalisation rurale [Internet]. www.landes.gouv.fr. 2008. Available from: <http://www.landes.gouv.fr/zones-de-revitalisation-rurale-a132.html>
 64. Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er Janvier 2016 [Internet]. 2016. Available from: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
 65. CARMF. Statistiques Cotisants [Internet]. [www.CARMF.fr](http://www.carmf.fr). 2015. Available from:
<http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2016/taux2016.htm>
 66. Agence Régionale de Santé. Marisol Touraine engagée dans la lutte contre les déserts médicaux: de grandes avancées un an après le lancement du “pacte territoire-santé” [Internet]. ARS. 2015. Available from: <http://www.ars.sante.fr/Marisol-Touraine->

engagee-dans.170428.0.html

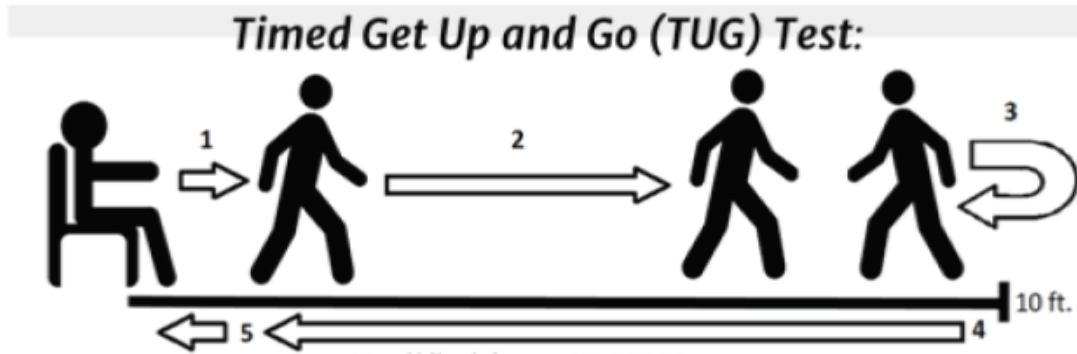
67. Regnier V. Les Landes à grands traits. Insee Anal Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes. N°11.
68. Observatoire régional de la santé d'Aquitaine. Les personnes âgées en Aquitaine [Internet]. Mar. Available from: www.ors-aquitaine.org
69. Ki-Lab. Globule. Le dossier communicant de l'utilisateur en santé et médico-social. [Internet]. Available from: <http://www.globule.net/fr/contact.html>
70. Agence Régionale de Santé. Santé Landes: l'innovation au service du parcours de santé. De nouvelles solutions au défi des maladies chroniques. [Internet]. Santé-Landes. Available from: <http://www.ars.aquitaine.sante.fr>
71. Bongue B, Dupré C, Beauchet O, et al. A screening tool with five risk factors was developed for fall-risk prediction in community-dwelling elderly. *J Clin Epidemiol.* 2011 Oct;64(10):1152–60.

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1. TIMED UP AND GO TEST.....	59
ANNEXE 2. TINETTI TEST	60
ANNEXE 3. TEST UNIPODAL	62
ANNEXE 4. FIVE SIT TO STAND	62
ANNEXE 5 : SCORE DE RISQUE DE CHUTE DES CES (SRC-CES). CETAF 2013 (73).....	62
ANNEXE 7. QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX MEDECINS GENERALISTES.....	64

ANNEXES

ANNEXE 1. Timed Up And Go Test



ANNEXE 2. Tinetti Test

Le Test de Tinetti

Le test ou score de Tinetti est un moyen simple, reproductible, d'évaluer le risque de chute chez le sujet âgé. La durée de passation est d'environ 5 minutes. Le test est réalisé en plusieurs étapes, détaillées dans le tableau ci-après. L'interprétation est expliquée après le tableau.

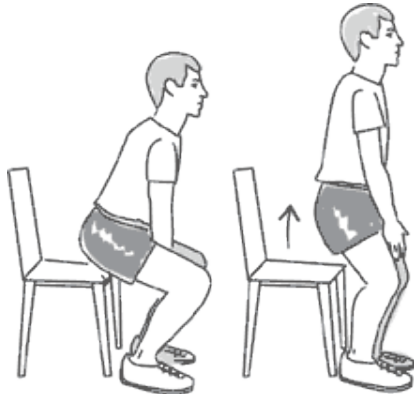
Le patient est assis sur une chaise sans accoudoirs :	<input type="checkbox"/>
1. Equilibre assis sur la chaise 0 = se penche sur le côté, glisse de la chaise 1 = sûr, stable	<input type="checkbox"/>
On demande au patient de se lever, si possible sans s'appuyer sur les accoudoirs :	<input type="checkbox"/>
1. Se lever 0 = impossible sans aide 1 = possible, mais nécessite l'aide des bras 2 = possible sans les bras	<input type="checkbox"/>
2. Tentative de se lever 0 = impossible sans aide 1 = possible, mais plusieurs essais 2 = possible lors du premier essai	<input type="checkbox"/>
3. Equilibre immédiat debout (5 premières secondes) 0 = instable (chancelant, oscillant) 1 = sûr, mais nécessite une aide technique debout 2 = sûr sans aide technique	<input type="checkbox"/>
Test de provocation de l'équilibre en position debout :	<input type="checkbox"/>
4. Equilibre lors de la tentative debout pieds joints 0 = instable 1 = stable, mais avec pieds largement écartés (plus de 10 cm) ou nécessite une aide technique 2 = pieds joints, stable	<input type="checkbox"/>
6. Poussées (sujets pieds joints, l'examineur le pousse légèrement sur le sternum à 3 reprises) 0 = commence à tomber 1 = chancelant, s'agrippe, et se stabilise 2 = stable	<input type="checkbox"/>
7. Yeux fermés 0 = instable 1 = stable	<input type="checkbox"/>
Le patient doit se retourner de 360° :	<input type="checkbox"/>
8. Pivotement de 360° 0 = pas discontinus 1 = pas continus	<input type="checkbox"/>
9. Pivotement de 360° 0 = instable (chancelant, s'agrippe) 1 = stable	<input type="checkbox"/>

Le patient doit marcher au moins 3 mètres en avant, faire demi-tour et revenir à pas rapides vers la chaise. Il doit utiliser son aide technique habituelle (cane ou déambulateur) :	
10. Initiation de la marche (immédiatement après le signal du départ 0 = hésitations ou plusieurs essais pour partir 1 = aucune hésitation	<input type="checkbox"/>
11. Longueur du pas : le pied droit balance 0 = ne dépasse pas le pied gauche en appui 1 = dépasse le pied gauche en appui	<input type="checkbox"/>
12. Hauteur du pas : le pied droit balance 0 = le pied droit ne décolle pas complètement du sol 1 = le pied droit décolle complètement du sol	<input type="checkbox"/>
13. Longueur du pas : le pied gauche balance 0 = ne dépasse pas le pied droit en appui 1 = dépasse le pied droit en appui	<input type="checkbox"/>
14. Hauteur du pas : le pied gauche balance 0 = le pied gauche ne décolle pas complètement du sol 1 = le pied gauche décolle complètement du sol	<input type="checkbox"/>
15. Symétrie de la marche 0 = la longueur des pas droit et gauche semble inégale 1 = la longueur des pas droit et gauche semble identique	<input type="checkbox"/>
16. Continuité des pas 0 = arrêt ou discontinuité de la marche 1 = les pas paraissent continus	<input type="checkbox"/>
Ecartement du chemin (observé sur une distance de 3 m) 0 = déviation nette d'une ligne imaginaire 1 = légère déviation, ou utilisation d'une aide technique 2 = pas de déviation sans aide technique	<input type="checkbox"/>
Stabilité du tronc 0 = balancement net ou utilisation d'une aide technique 1 = pas de balancement, mais penché ou balancement des bras 2 = pas de balancement, pas de nécessité d'appui sur un objet	<input type="checkbox"/>
Largeur des pas 0 = polygone de marche élargi 1 = les pieds se touchent presque lors de la marche	<input type="checkbox"/>
Le patient doit s'asseoir sur la chaise : 17. S'asseoir 0 = non sécuritaire, juge mal les distances, se laisse tomber sur la chaise 1 = utilise les bras ou n'a pas un mouvement régulier 2 = sécuritaire, mouvement régulier	<input type="checkbox"/>
SCORE MAXIMUM = 28 points	

ANNEXE 3. Test Unipodal

Test Unipodal			
<i>Demander à la personne de rester en appui sur 1 pied sans aide pendant au moins 5 secondes.</i>			
	Oui	Non	Non réalisable
• Pied droit :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Pied gauche :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXE 4. Five Sit to stand



Annexe 5 : Score de risque de chute des CES (SRC-CES). CETAF 2013 (71)

Score de risque de chute des CES (SRC-CES)													
Caractéristiques sociodémographiques												SCORE	
1. Sexe	<input type="checkbox"/> Homme (0) <input type="checkbox"/> Femme (1)												
2. Situation familiale	<input type="checkbox"/> En couple (0) <input type="checkbox"/> En famille (0) <input type="checkbox"/> Seul(e) (1)												
Examens cliniques													
3. Souffrez-vous d'arthrose	<input type="checkbox"/> Non (0) <input type="checkbox"/> Oui (1)												
4. Nombre de chutes au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/> 0 (0) <input type="checkbox"/> 1 (2) <input type="checkbox"/> 2 (4) <input type="checkbox"/> 3 et plus (6)												
5. Consommation de médicaments psychotropes	<input type="checkbox"/> Non (0) <input type="checkbox"/> Oui (1)												
Test clinique Appui unipodal													
6. Changement de position des bras dans les 5 premières secondes (1 ou 2 bras écarté(s))	<input type="checkbox"/> Non (0) <input type="checkbox"/> Oui (1)												
TOTAL...../12													
SCORE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Catégorie de risque	Risque faible			Risque modéré				Risque élevé					
Action suggérée	Prévention primaire des chutes (éducation en santé)			Intervention multifactorielle non-personnalisée				Intervention multifactorielle personnalisée (structure spécialisée)					

ANNEXE 6. Questionnaire du recueil de données

RECUEIL DE DONNEES

Prise en charge d'une chute chez les personnes âgées de plus de 75 ans par le médecin généraliste dans les zones rurales des Landes

Age : ans	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Distance d'un hôpital avec structure d'urgence : <input type="checkbox"/> <10km <input type="checkbox"/> 10-20km <input type="checkbox"/> 20-30km <input type="checkbox"/> >30km	
Distance d'une structure médicale de 1 ^{er} recours : <input type="checkbox"/> 5km <input type="checkbox"/> 5-10km <input type="checkbox"/> 10-20 <input type="checkbox"/> 20km	
Vit seul oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> entourage présent <input type="checkbox"/>	
- Motif de Consultation à domicile : Chute <input type="checkbox"/> ou autre	

1) Y a-t-il eu une chute dans l'année: Non Oui et combien

Si « Non » passer à la question 11

2) SI OUI : Le patient avait-il alors alerté son MT : oui non

Si « Non » pourquoi ? (« simple » chute sans conséquence, non traumatique.....)

.....

3) A-t-il appelé un autre service ? Lequel ? (pompiers, ambulance, SAMU, famille...) :

4) Le patient avait-t-il été hospitalisé : Oui Non

Si « Non » pourquoi ? refus de sa part non indication autre.....

5) SI NON : Y avait-il eu évaluation post chute par le MT? Non Oui

Si « Oui » : ce dernier avait-il recherché des FDR ? :

- des facteurs extrinsèques
- des facteurs intrinsèques prédisposant
- des facteurs intrinsèques précipitants
- iatrogène

6) Y avait-il eu des examens complémentaires ? Non Oui

Si « Oui » lesquels ? biologie imagerie autre

7) Lui a-t-on déjà fait l'un de ces 3 tests ? Non Oui

- Timed up and go test
- Station unipodale
- Capacité à se relever d'une chaise sans les mains

8) Y avait-il eu mise en place d'intervention après la chute? Non Oui

Si « Oui » :

- révision de l'ordonnance Oui Non apport de Vit D
- incitation à l'activité physique OUI NON
- aide technique à la marche : canne ou déambulateur
- autre ? (téléalarme).....

9) A-t-il eu prescription de kiné ? Oui Non

Si « Non » pourquoi ? refus du patient isolement géographique autre

10) Y a-t-il eu mise en place d'un plan d'aide? Oui Non Révision

Lesquelles ? Assistante sociale Aide ménagère Aide soignante IDE

11) Le patient a-t-il aujourd'hui peur de tomber ? Oui Non

ANNEXE 7. Questionnaire adressé aux médecins généralistes

QUESTIONNAIRE MEDECIN :

Prise en charge d'une chute chez les personnes âgées de plus de 75 ans par le médecin généraliste dans les zones rurales des Landes

Quels motifs pour ne pas prendre en charge une chute ?

Manque de temps

 Temps de réalisation des tests ?

 Chute trop précoce ?

Méconnaissance des recommandations

Manque d'Outils

Difficulté d'accès ou réseau

Autre

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME

Contexte : une personne âgée sur trois, de 65 ans et plus, vivant à domicile, chute dans l'année. Cet évènement fréquent, aux conséquences graves et évitables est un véritable problème de santé publique ayant fait l'objet de recommandations de bonnes pratiques en 2009 en France.

Objectif : l'objectif principal de notre étude était d'évaluer les freins à une prise en charge adaptée des chutes chez les personnes âgées de 75 ans et plus, par les médecins généralistes en milieu rural, à savoir les Landes.

Matériels et Méthodes : une analyse observationnelle de cohorte, incluant 91 patients de plus de 75 ans vivant à domicile entre décembre 2015 et Juillet 2016 a été utilisée pour mener à bien cette étude.

Résultats : 40,6% des personnes âgées interrogées reconnaissent avoir déjà fait une chute dans l'année. Le principal frein retrouvé est l'absence d'alerte : 59,4% n'ont alerté personne et 13,5% ont alerté leur médecin. Le manque d'évaluation post-chute est aussi un frein : seulement 5,4% en ont bénéficié. La méconnaissance relative des recommandations par les médecins généralistes et le manque de temps sont des freins à la prise en charge d'une chute chez la personne âgée.

Conclusion : l'amélioration de la formation médicale et l'élaboration de réseaux de soins formalisés doivent être renforcées. La prévention primaire doit être mise en avant.

TITRE : PRISE EN CHARGE D'UNE CHUTE CHEZ LES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 75 ANS EN ZONE RURALE PAR LES MEDECINS GENERALISTES DES LANDES

DISCIPLINE : Médecine Générale

MOTS CLES : chutes, personne fragile, personne âgée, prévention chute

ABSTRACT

Background : one third of 65-years old and over senior, living at home, falls in the year. This frequent event, with serious and avoidable consequences, is a real public health problem. It has been the subject of recommendations of good practices in 2009 in France.

Aim: the main objective of our study was to evaluate the impediments to the adapted management of falls in persons aged 75 years and over, in rural areas in the Landes by general practitioners.

Methods : this work, based on an observational cohort analytical study, was conducted between december 2015 and july 2016, on 91 patient, 75-years old and over, living at home.

Results : 40.6% of surveyed seniors acknowledged that they had already fallen during the year. The main obstacle found was the absence of alert : 59.4% did not alert anyone and 13.5% alerted their doctor. The lack of post-fall assessment is also a brake : only 5.4% have benefited. The relative ignorance of the recommendations by the general practitioners and the lack of time are the principal limits to the management of a fall in the elderly.

Conclusion: the improvement of medical training and the development of formalized care networks need to be strengthened. Primary prevention should be promoted.

TITRE : MANAGEMENT OF A FALL IN THE RURAL AREA OF OLD PEOPLE MORE THAN 75 YEARS BY GENERAL PRACTITIONERS OF THE LANDES

DISCIPLINE : Médecine Générale

MOTS CLES : Fall, elderly persons, old people
