université de BORDEAUX

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017 THESE N°107

Thèse pour l'obtention du DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 14 Septembre 2017

Par Léa Pierre née le 08 Mars 1986

Réalisation d'un bilan de chute chez les patients âgés de plus de 75 ans en soins premiers

Directeur de thèse:

Monsieur le Docteur Fabrice CAMPOMANES

Rapporteur de thèse:

Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL

Jury:

Madame le Professeur Nathalie SALLES Présidente

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Juge Monsieur le Docteur Gérard DUCOS

Juge Monsieur le Docteur Guy LACHARTRE

université de BORDEAUX

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017 THESE N°107

Thèse pour l'obtention du DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 14 Septembre 2017

Par Léa Pierre née le 08 Mars 1986

Réalisation d'un bilan de chute chez les patients âgés de plus de 75 ans en soins premiers

Directeur de thèse:

Monsieur le Docteur Fabrice CAMPOMANES

Rapporteur de thèse:

Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL

Jury:

Madame le Professeur Nathalie SALLES Présidente

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Juge Monsieur le Docteur Gérard DUCOS

Juge Monsieur le Docteur Guy LACHARTRE

REMERCIEMENTS

À notre présidente de jury, Madame le Professeur Nathalie SALLES

Professeur des universités de Bordeaux en Médecine interne et gériatrie

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse, et je vous en remercie. Je vous prie de croire en ma gratitude et mon profond respect.

À notre rapporteur, Madame le Docteur Sylvie DUHAMEL

Maître de Conférence associé, Médecin Généraliste.

Vous me faites un grand honneur en acceptant de juger mon travail, et en participant à mon jury, je vous en remercie.

À nos juges, Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Professeur des universités de Médecine Générale, Directeur et Coordonnateur du DES de Médecine générale, Médecin Généraliste.

Merci d'avoir accepté de juger ce travail, veuillez trouver ici le témoignage de ma respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Docteur Guy LACHARTRE

Médecin généraliste et maitre de stage au département de médecine générale de Bordeaux.

Merci de m'avoir fait découvrir la médecine générale telle que j'essaie de la pratiquer aujourd'hui, une médecine humaine et variée.

Vous me faites l'honneur de juger mon travail et je vous en remercie.

À notre directeur de thèse Monsieur le Docteur Fabrice CAMPOMANES

Gériatre, Responsable de structure de l'Unité de Prévention et d'Évaluation Gérontologique, Centre Hospitalier de la Côte Basque.

Merci de m'avoir permis de me lancer dans cette belle aventure, et de m'avoir consacré autant de temps. Merci pour vos conseils, votre patience, votre disponibilité, et vos encouragements qui m'ont permis de tenir jusqu'au bout. Merci pour tout.

À notre maître, Monsieur le Docteur Gérard DUCOS

Médecin généraliste, Ex Professeur associé du département de médecine générale de Bordeaux ;

Merci de m'avoir bien souvent remise dans le droit chemin. Merci de votre aide et de vos précieux conseils, tout au long de ce travail.

Aux médecins, ayant acceptés de participer à cette étude. Merci du temps que vous m'avez accordé.

A ma famille

Maman, merci que te dire d'autre. Merci d'avoir toujours été là d'avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui, le médecin que je vais devenir. Merci de m'avoir permis de me construire et de m'avoir toujours soutenue. Merci de continuer à me gronder quand je râle trop (même si une étude a prouvé que les gens qui râlent vivent plus longtemps et en meilleure santé) Merci mouny.

Papa merci de m'avoir soutenu et d'avoir toujours cru en moi j'y suis enfin arrivé.

Denis, Loulou, petit frère, merci d'avoir relu et mis en page cette thèse. Je suis fière de l'homme que tu deviens et du chemin que tu parcours chaque jour.

Jacotte merci

A mes amis

A mes morues

Chocolat et caramel à nos belles années limougeaudes. A nos soirées à la marquise nos afters chez val nos vendredis matins à regarder des vidéos de chorés, à nos dimanches au mac café, à nos sous colles avec marine C. Et encore aujourd'hui à nos soirées à refaire le monde autour d'un verre de vin, à nos débats politiques, à nos coups de fils qui durent des heures, à nos folles sorties où l'on fait comme si on avait encore vingt ans (le poids des années se fait souvent sentir le lendemain) merci pour tout.

Muchelle l'éternelle ado après des années de voyages en ta compagnie je suis enfin du matin ! A nos beaux souvenirs autour du monde et à Bordeaux et à ceux qui vont venir. J'espère que tu auras enlevé tes écouteurs pour la soutenance.

Bibi à nos périples road trip, à nos belles vacances en Espagne à Zephyrin,et julien qui forment aujourd'hui ta jolie petite famille merci pour tous ces bons moments.

ZaZ aux tutus roses, aux soirées sans fin, au temps qui passe, et à milan qui vient de pointer le bout de son nez.

Mariechou à nos colocations, à nos débuts en tant qu'internes, nos doutes nos débrieffs autours d'un thé. A nos vacances au bout du monde, nos soirées aux quatre coins de la France.

Thyphaine on s'est connues plus tard mais tu as su gagner une jolie place dans notre groupe.

A tout ce qu'on a vécu les filles et tout ce qui nous reste à vivre.

Aux pièces rapportées

Manuchou ,Ternynck, Popers, Julien, Julian,et Arthur.

A mes limougeauds Vernu, Faber, Gregory, Alex, Max E, Jo, Flo et la petite Amaya, à Maylis Juliette et Antoine, à dieu Tricard, à Timon, aux Soums et mini soum, à Astrid et Martin et la petite Agathe, à Arnaud

A Vévé le roi de l'espace.

A mes bordelaises

Christelle à ma super copine, à nos discussions déco blogs diy. A nos debriefs mode, à notre futur blog. A Lou qui a moins d'un an et déjà de multiples dédicaces dans des thèses. Quelle star cette enfant ; normal c'est la fille de jean maxime Alet. Merci jean max pour ton aide.

Marlene à cette belle rencontre, aux co internes qui deviennent des colocs et plus que ça ….

A ton bonheur avec Erwan et votre mariage prochain

Aux palois de belles rencontres qui rendent nos longues soirées d'hivers plus douces et festives.

Aux anciens colocs de Simon qui sont devenus des amis.

A Flo merci pour ton aide et ***à Nico*** merci pour ces bons moments passés en votre compagnie.

A Monk et sa phobie des LED dans la nuit.

A Elisabeth et Serge merci.

A chouchou j'ai emprunté ces mots mais ils décrivent à merveille ce que je ressens pour toi

« Que veux-tu je suis folle de toi

Mon cœur ne bat plus quand je te vois

Tu es beau, tu es grand, tu es fascinant

T'as des chevaux, des poneys, faisons des enfants »

Yelle

A Jeremy Ferlicot

A notre belle rencontre lors de notre stage en pédiatrie. Aux moments partagés autour des traditionnelles coquillettes jambon du midi, aux longues soirées passées à la salle de sport juste avant les pintes et les burgers, aux footings sur les quais de périgueux, aux soirées sans fin, aux lendemains de galas ou nous partagions des croissants avant (pendant) ma garde.

A la naissance de constant qui grandit décidemment beaucoup trop vite … déjà sa rentrée à l'école !!

Et à tout ce qui a suivi ce semestre fou …. A ces 4 ans d'amitiés.

Merci de m'avoir choisie pour témoigner de votre amour avec amandine.

Merci de partager tous vos moments heureux.

Merci d'être présent dans les moments importants de ma vie.

Merci d'avance pour tout ce qui va suivre.

BBCC

A Jérémie Vaillant

A nos premiers moments passés ensemble dans ma voiture et à ce commentaire sur la conduite sans manteaux qui me poursuit toujours.

A nos après-midis passé à périgueux à regarder le rugby en buvant du coca zéro.

Aux nombreux cours de danse que tu m'as donné #undostres.

A Roberto un puis Roberto deux paix à leurs âmes.

Aux soirées bordelaises et aux shooters de l'amitiés qui expliquent trop souvent mes fins de soirées mouvementées.

A ton engagement dans le programme drogues savoir plus risquer moins et a toutes les informations que tu délivres aux festivaliers.

A tes talents culinaires et ta passion pour la chantilly.

A la belle personne que tu m'as permis de découvrir sous le personnage grognon.

Et pour tout ce qui va suivre merci.

A clément

Tout commence à périgueux avec une d'une sombre histoire de shooter de l'amitié et la décision d'organiser la soirée de l'année.

De longues soirées polystyrène, cours de cocktails, resto gastro, missions sable, cours de danse (même si je n'arrive toujours pas à danser le koudourro) plus tard nous voici et tu es toujours là.

Merci de m'avoir trop souvent suivi dans mes délires.

Merci d'être encore à mes côtés de me supporter (voir de me porter) même dans les pires moments.

Merci de m'avoir accueilli sur votre canapé grâce à ton hospitalité je suis maintenant presque gynécologue.

Merci pour tous ces bons moments à bordeaux et ceux à venir.

Merci pour tout.

ABREVIATIONS

ECG électrocardiogramme
HAS Haute Autorité de Sante
MMSE Mini Mental State Examination
Mini GDS Echelle gériatrique de dépression
OMS Organisation Mondiale de la Sante
INPES Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS **5**

ABREVIATIONS **9**

I – INTRODUCTION **16**

II – GENERALITES **16**

2.1 Vieillissement physiologique **16**

2.2 Définitions **18**

2.3 Epidémiologie **19**

2.4 Cause des chutes 20

2.4.1 Facteurs pré-disposants 21

2.4.2 Facteurs précipitants 27

2.5 Conséquence des chutes **27**

2.5.1 Conséquences physiques 27

2.5.2 Conséquences psychologiques 28

2.5.3 Conséquences économique et sociale 28

2.6 Bilan de la chute répétée **29**

2.7 Synthèse **30**

III) MATERIEL ET METHODE **31**

3.1 Type d'étude **31**

3.2 Population **31**

3. 3 Echantillon choisi : randomisation. **32**

3.4 Conception du questionnaire **32**

3.5 Collecte des données **33**

3.6 Analyse des résultats **34**

3.6.1 Analyse descriptive 34

IV – RESULTATS **34**

4.1 Caractéristiques de la population source : les médecins généralistes **34**

4.2 Caractéristiques des patients chuteurs **35**

4.3 Recherche de facteurs pré-disposants **37**

4.4 Recherche de facteurs précipitants **39**

Tableau 7 recherche de facteurs précipitants **40**

4.5 Examen clinique et paracliniques **40**

4.6 Freins et solutions alternatives **42**

V DISCUSSION **44**

5.1 Discussion de la méthode **44**

5.2 Discussion des résultats **45**

5.2.1 Antécédents de l'échantillon et représentativité 45

5.2.2 Recherche de facteurs pré-disposants 47

5.2.3 Réalisation de tests mnésiques et de tests de marche au cabinet médical 47

5.2.4 Recherche d'hypoglycémie et d'hyperthermie comme facteur précipitant 48

5.2.5. Alcoolisme de la personne âgée et médecine générale 49

5.2.6. Recherche d'environnement problématique, discordance des résultats et place de l'ergothérapie 50

5.2.7 Réalisation des examens complémentaires 52

5.2.8 Les freins et les solutions alternatives 53
5.2.9 Rôle central du médecin généraliste dans le bilan de chute et place des équipes mobiles. 54
5.3 Perspectives et propositions 55
VI – CONCLUSION 57
VII - RESUME 58
VIII - BIBLIOGRAPHIE 60
IX - ANNEXES 67
9.1 Questionnaire 68
9.2 Retranscriptions 75
9.3 MMSE 100
9.4 Tests de marche (*get up and go test* et test de station unipodale) 103
9.5 Tests statistiques 105
9.6 Caractéristiques de l'échantillon 117
9.7 Compte rendu de l' entretien dans le cadre des consultations méthodologiques du Service d'information médicale du CHU Bordeaux avec un médecin épidémiologiste (Pr Salamon) 119

TABLE DES FIGURES

Figure 1 l'importance des chutes et leurs conséquences chez les personnes âgées 20
Figure 2 étiologies des chutes 21
Figure 3 caractéristiques des différents types de marches 23
Figure 4 risques de chute liés à la prise de médicaments psychotropes et cardiovasculaires.. 26

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 descriptif de la population d'étude 35
Tableau 2 caractéristiques des patients chuteurs 35
Tableau 3 lieux de vie des patients chuteurs 36
Tableau 4 durées des consultations 36
Tableau 5 antécédents des patients chuteurs 37
Tableau 6 recherche de facteurs prédisposants 38
Tableau 7 recherche de facteurs précipitants 40
Tableau 8 réalisation d'examens complémentaires 41
Tableau 9 freins et solutions alternatives 43

I – INTRODUCTION

La chute des patients âgés de plus de 65 ans est actuellement un problème de santé publique. En effet, chaque année un tiers des personnes âgées de plus de 65 ans chutent [1-4] ; ce taux augmente avec l'âge, 50% des plus de 80 ans vivant à domicile tombent au moins une fois dans l'année [2, 5, 6]. Ces chutes ont souvent de lourdes conséquences que ce soit sur le plan physique (traumatique), ou sur le plan de la dépendance (diminution de la mobilité, perte d'autonomie, perte de confiance en soi, limitation des activités quotidiennes, déclin des capacités fonctionnelles) qu'elles provoquent. Elles entraînent des prises en charge médico-sociales complexes à l'origine de surcoûts de santé [6,7,8].

Le médecin généraliste est en première ligne face à ces patients chuteurs.

La haute autorité de santé a publié en 2009 des recommandations sur le bilan à réaliser lors de chutes qui présentent un caractère répété [9].

Mais à qui s'adressent ces recommandations ? Sont-elles facilement applicables par les médecins généralistes ?

Quels sont les freins rencontrés en soin premier face à cette réalisation ?

Quelles solutions alternatives s'offrent aux médecins généralistes ?

La pratique ambulatoire et la pratique hospitalière semblent différentes sur le sujet. Mon expérience personnelle m'a amenée à me poser la question suivante : « Quelles sont les pratiques des médecins généralistes de Gironde ? Quels freins rencontrent-ils ? »

C'est pourquoi j'ai mené ce travail de thèse qui vise à établir un état des lieux des pratiques médicales en Gironde.

II – GENERALITES

2.1 Vieillissement physiologique

Le vieillissement est l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient l'organisme sur le plan fonctionnel et structurel. Il s'agit d'un phénomène complexe et multifactoriel résultant de l'expression de facteurs génétiques (vieillissement intrinsèque) et de

facteurs environnementaux. Il s'agit d'un processus lent et progressif considéré comme normal. Bien que l'on puisse considérer de manière différente les vieillissements réussis et non réussis, il est important de distinguer le vieillissement physiologique des différentes manifestations des maladies.

Le vieillissement engendre une altération des réserves fonctionnelles de l'organisme et induit une réduction de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations d'agressions. Ses effets sont multiples. Nous décrirons ici ceux directement liés aux chutes.

Sur le plan musculaire, on remarque une diminution de la densité en fibres musculaires squelettiques (principalement de type II), associée à une réduction de la masse et de la force musculaire. Il s'agit de la sarcopénie. Celle-ci est souvent associée à une diminution de la densité minérale appelée ostéopénie (principalement chez la femme). Quant au cartilage articulaire, il s'amincit et ses propriétés mécaniques s'altèrent, et crée une fragilité.

Si nous nous intéressons au système nerveux central, on observe une raréfaction des neurones corticaux associée à une atrophie de la substance blanche et à la raréfaction de certains neurotransmetteurs. Ces modifications augmentent la vulnérabilité de la personne âgée en favorisant notamment des syndromes confusionnels aigus. En effet, les temps de réaction augmentent, les performances mnésiques diminuent de façon modérée, on note une réduction et une déstructuration du sommeil, ou encore une altération de la sensibilité des récepteurs de la soif. Sur le plan périphérique, le nombre de fibres fonctionnelles s'amenuise. Ce phénomène est responsable d'une perte de sensibilité proprioceptive favorisant l'instabilité posturale et donc les chutes.

Sur le plan sensitif, on note tout d'abord une réduction de l'accommodation (presbytie) gênant la lecture de près, qui se fait sentir vers cinquante ans. Puis en avançant dans le temps, une opacification progressive du cristallin débute, à un âge plus tardif, à l'origine des cataractes et retentit sur la vision. Quant au vieillissement cochléovestibulaire, il s'accompagne d'une altération progressive de l'audition à l'origine d'une presbyacousie.

Avec l'âge, le nombre de néphrons fonctionnels diminue, conduisant à une réduction de la filtration glomérulaire. La clairance de la créatinine s'altère.

Enfin, le vieillissement engendre des modifications de l'appareil bucco-dentaire, une réduction du flux salivaire, et une diminution de la sécrétion acide des cellules pariétales. Le temps de

transit intestinal se ralentit et la fonction pancréatique exocrine est modérément altérée. On remarque de plus une réduction de la clairance métabolique hépatique.

2.2 Définitions

On retrouve dans la littérature de nombreuses définitions pour le terme « chute. ». Ainsi la Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale défini la chute comme : « tout glissement ou trébuchement aboutissant à une blessure ». Cependant de nombreux patients âgés chutent sans pour autant se blesser ; c'est pourquoi nous avons basé notre étude sur la définition de l'OMS retenue dans de nombreuses publications :
« 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. » [10]

Nous nous sommes plus particulièrement intéressés dans cette étude aux chutes répétées pour être au plus près des recommandations de l'HAS. Nous avons donc sélectionné la définition reprise dans ces dernières, c'est à dire « toute personne ayant chuté au moins deux fois sur une période de 12 mois. » [9]

Concernant la notion de personne âgée l'OMS donne la définition suivante : « toute personne âgée de plus de 65 ans ». Il existe de très fortes disparités entre les patients de soixante ans, soixante-dix ans, ou encore quatre-vingt ans, tant sur le plan des pathologies, que de l'environnement ou encore de l'autonomie.
Dans ces travaux de thèse nous avons utilisé la définition gériatrique « toute personne âgée de plus de 75 ans » [11].

Pour finir, il est important de définir la notion de fragilité. Il existe de très nombreuses définitions dans la littérature, nous retiendrons donc celle de la société française de gérontologie : « La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserves qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'évènements péjoratifs, notamment d'incapacité, de chutes, d'hospitalisations et d'entrée en institution. »

2.3 Epidémiologie

Dans les pays industrialisés, on estime qu'une personne âgée sur trois (de soixante-cinq ans et plus, vivant à domicile) chute dans l'année, ce qui représente en France environ 3 millions de personnes [14].
En 2002, plus de quatre cent mille chutes se sont produites en France chez les patients âgés de plus de soixante-cinq ans soit trois fois et demi plus que d'accidents de la route pour l'ensemble de la population [12].
En 2010 selon le baromètre de santé (étude transversale menée sur trois mille deux cent cinquante-huit personnes âgées de cinquante-cinq à quatre-vingt-cinq ans), 25,1 % des femmes et 17,4 % des hommes déclarent être tombés au cours des douze derniers mois. [13] Ces chutes sont responsables de quatre-vingts mille hospitalisations par an, il s'agit du troisième motif d'entrée en court séjour gériatrique.

Ces chutes, bien trop fréquentes, sont aussi la première cause de décès par traumatisme. En effet, tous âges confondus, les chutes constituent la première cause de décès par accident de la vie courante. Si l'on considère le nombre de décès dus aux chutes mais aussi aux causes associées, on obtient neuf mille deux cent quatre-vingt-neuf décès en 2004. Plus des trois quarts de ces décès concernent des personnes âgées de plus de soixante-quinze ans, avec une nette augmentation du taux de mortalité chez ces patients. [12]
Elles sont aussi un facteur majeur de l'entrée dans la dépendance ; en effet 40% des patients âgés hospitalisés pour chute sont ensuite orientés vers une institution.
La fréquence des chutes et leurs conséquences peuvent être visualisées sous forme de pyramide. [18]

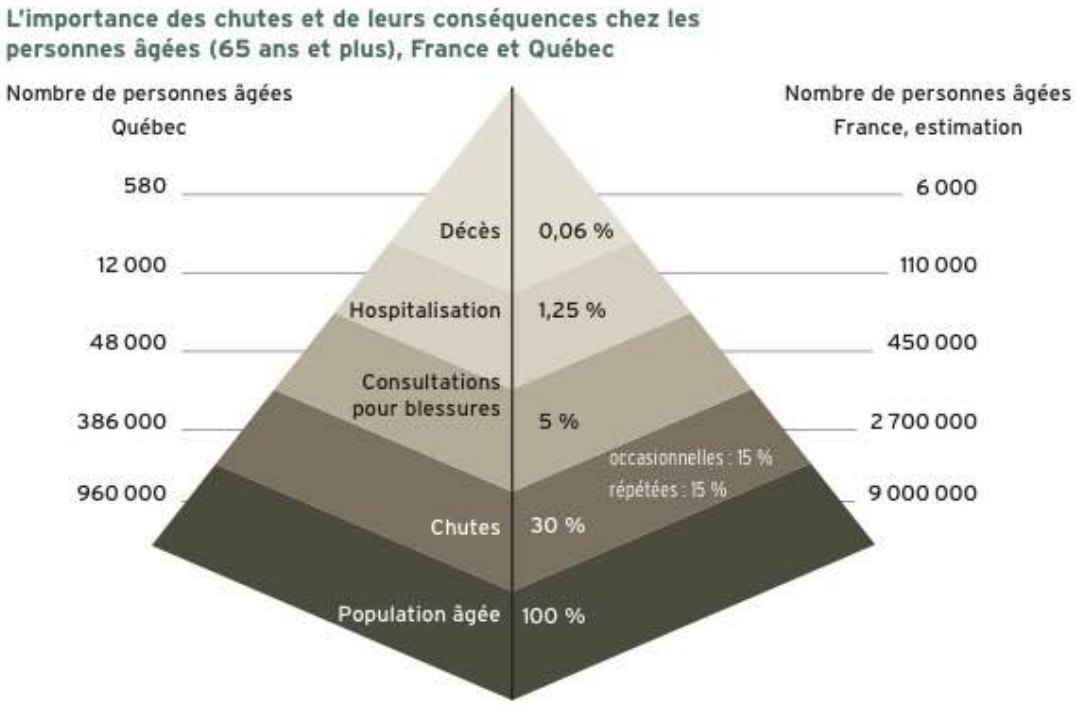


Figure 1 l'importance des chutes et leurs conséquences chez les personnes âgées

La chute accidentelle est un événement qui n'est pas à prendre à la légère, car elle aussi est un événement pathogène. Même si moins de 10% des chutes accidentelles sont compliquées d'une fracture, elles induisent dans 30 à 40% des cas à une régression psychomotrice, une appréhension à la marche, ou un confinement à domicile par peur anticipatoire d'un nouvel incident. [15]

2.4 Cause des chutes

L'étiologie des chutes est souvent multifactorielle [16]. Les facteurs de risques de chutes sont multiples.

Ils peuvent être classés en deux grandes catégories :

- les facteurs intrinsèques ;
- les facteurs extrinsèques (que nous décrirons plus en détail ci-après).

Le risque de chute est proportionnel au nombre de facteurs de risques ; il peut être évalué à 8% chez les patients sans facteurs de risques et peut aller jusqu'à 78% pour les patients ayant quatre

facteurs de risques et plus [17]. La prise en charge des chutes nécessite donc une approche globale dès la première consultation.

Il faut rechercher toutes les étiologies possibles de la chute en étudiant les facteurs liés à la personne, à ses comportements, à son environnement.

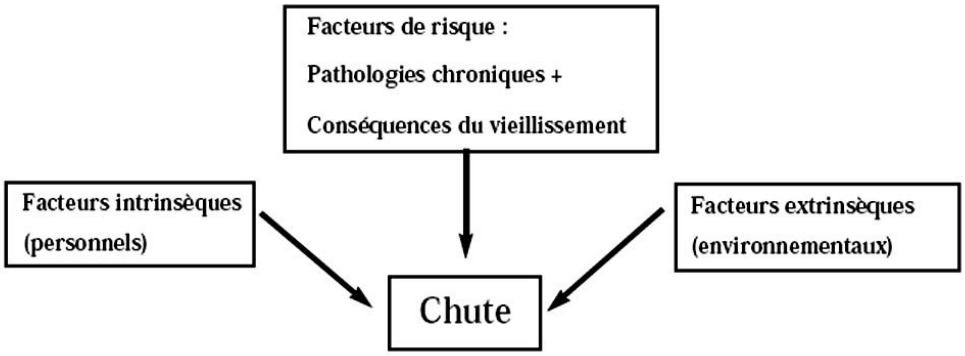


Figure 2 étiologies des chutes

2.4.1 Facteurs pré-disposants

Ils dépendent directement de l'individu et de son état de santé. Les facteurs pré-disposants correspondent au cumul des facteurs de risques de chute. Ils conduisent à la chute en raison du déséquilibre postural qu'ils entraînent. Les facteurs les plus fréquemment retrouvés peuvent être classés en deux groupes : les facteurs intrinsèques et les facteurs extrinsèques.

Les facteurs intrinsèques sont propres à la personne elle-même. Selon le vieillissement du patient nous pouvons séparer ces facteurs en deux grands groupes : ceux liés au vieillissement physiologique de la personne âgée, et ceux liés aux pathologies présentées par cette personne. Ainsi toute personne âgée de plus de soixante-quinze ans présente des facteurs de risques de chute qui sont liés à son vieillissement physiologique.

Tout d'abord l'âge ; en effet le risque de chute augmente avec l'âge des patients. Ainsi le taux de chutes répétées augmente par tranche d'âge passant de 7 % chez les 64-74 ans à 19 % chez les 75-85 ans pour atteindre 25% au-delà de quatre-vingt-quatre ans.

Ensuite le sexe ; les femmes chutent plus que les hommes, notamment lorsqu'elles ont un indice de masse corporel faible. Ces résultats sont dus à la diminution de la densité osseuse et de la masse musculaire plus fréquente chez la gente féminine.

Puis la sarcopenie ; celle-ci est difficile à classer. En effet, il s'agit d'un phénomène physiologique, mais elle est rapidement aggravée par toute pathologie aiguë ou chronique. Cette diminution de masse musculaire est estimée entre 30 et 60% pour les femmes et entre 30 à 45% pour les hommes de plus de soixante ans. Elle engendre une réduction de la force et de la qualité musculaire, et est responsable de lourdes complications telles qu'une perte d'autonomie physique, de chutes, d'ostéopénie et d'altération du système immunitaire. [36]

Associé à cette diminution de la masse musculaire, il est important de parler de l'altération de la force musculaire isométrique. Elle diminue très faiblement jusqu'à l'âge de cinquante ans, puis s'accélère entre soixante et quatre-vingt-dix ans de 1,3 % par an au niveau des membres inférieurs, et plus lentement au niveau des membres supérieurs, ce qui conduit à une instabilité accrue avec l'âge. [22]

Les patients âgés de plus de soixante-quinze ans sont souvent poly-pathologiques. De ces pathologies découlent une partie des facteurs intrinsèques.

Nous commencerons par les troubles de la marche et les troubles de l'équilibre. D'une manière physiologique, la marche du sujet âgé se modifie avec l'âge ; notamment avec un élargissement du polygone de sustentation, une diminution du temps d'appui unipodal, une augmentation du besoin du double appui podal, un raccourcissement et un ralentissement du pas, plus irrégulier et moins haut, ainsi qu'une diminution de la rotation du tronc et du balancement du bras. Ces signes de « démarche sénile » jouent un rôle dans les troubles de la statique et augmentent le risque de chute chez la personne âgée [20]. Cependant, ces modifications de la marche se retrouvent majorées dans de très nombreuses pathologies résumées dans le tableau suivant.

Différents types de marche	Principales caractéristiques cliniques
Antalgique	Boiterie d'esquive
Parétique/hypotonique	Steppage/pied tombant, marche dandinante
Spastique	Circumduction
Vestibulaire	Déviation prédominant d'un côté
Ataxie sensitive et cérébelleuse	Instabilité posturale, base élargie, talonnante (sensitive), ébrieuse (cérébelleuse)
Extra-pyramidale	Ralentissement moteur, hypertonie, attitude en flexion, freezing, tremblement de repos
Précautionneuse du sujet avec syndrome postchute	Lente, instable, base élargie, amélioration spectaculaire par un auxiliaire de marche
Centrale ou de niveau supérieur	Troubles sévères de l'équilibre, sans réflexes de posture, dyssynergies, placement de pied inadéquat, performances variables, freezing

Figure 3 caractéristiques des différents types de marches

Avec l'âge, de nombreux patients présentent une arthrose diffuse, comprenant les atteintes du canal lombaire, le port de prothèse de hanche ou de genou, ou l'existence de symptômes inflammatoires articulaires. Ces éléments sont fréquemment responsables de douleurs perturbant la marche. [27]

Dans ces troubles de la marche il est important d'évoquer le syndrome parkinsonien. Celui-ci se traduit initialement par une akinésie dopa-sensible et une diminution du ballant des bras. Puis la marche se fait à petits pas avec une réduction de la longueur du pas, une limitation de la vitesse jusqu'à l'apparition de phénomènes paroxystiques rythmiques tels que le *freezing* et la festination. On retrouve l'instabilité posturale, à un stade évolué de la maladie, constituant un facteur de risque de chute majeur. [21]

Associés aux troubles de la marche, il faut bien sûr évoquer les troubles sensitifs et proprioceptifs des membres inférieurs. Rappelons tout d'abord que la proprioception joue un rôle essentiel dans la station debout, contrôlant l'équilibre et le mouvement. Or, avec le vieillissement, de nombreuses pathologies altèrent le système nerveux, et notamment les afférences cutanées qui ont un rôle déterminant dans la proprioception. L'anesthésie de la « sole

plantaire », retrouvée dans de nombreuses neuropathies, induit une importante perturbation posturale et modifie ainsi les stratégies posturo-dynamiques lors de la marche.

Ensuite, le déficit visuel doit être décrit. L'acuité visuelle est plus mauvaise avec l'âge, et la prévalence du déficit visuel est plus élevée chez les patients chuteurs. Les sujets n'ont pas toujours conscience de leur déficit. Au vieillissement physiologique visuel s'ajoutent certaines pathologies curables qui méritent d'être recherchées. La cataracte est retrouvée chez 50% de ces patients, la DMLA dans 18% des cas, le glaucome dans 7%, la neuropathie optique dans 6%. [19]

Il est également important de parler des antécédents de chute, très fréquents chez les personnes âgées et responsables d'une phobie de la chute. En effet, la prévalence de la crainte de chuter au sein des adultes âgés vivant chez eux, varie entre 12 % et 65 % ; elle est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Après être tombés, les patients développent une anxiété majeure, avec peur du vide. En découle alors un refus de se verticaliser, même avec de l'aide, et une perte de confiance en eux. Cette auto-dévalorisation conduit à l'apparition d'un syndrome dépressif et engendre un phénomène de régression psychomotrice entrainant une véritable incapacité à la marche et à la station debout [27]. Cette phobie de la chute amène fréquemment ces patients à éviter et/ou diminuer leurs activités physiques. Il faut de plus souligner que chez certains sujets cette appréhension augmente le risque de récidive des chutes [28].

Enfin, il convient d'évoquer la dépression. En effet, une dépression peut induire des troubles des fonctions exécutives et un ralentissement psychomoteur qui favorisent les chutes [25]. On trouve des troubles instinctuels fréquents chez les patients dépressifs (tels que des troubles nutritifs ou des troubles du sommeil) qui fragilisent la psychomotricité du patient âgé, augmentent la dénutrition et accentuent le risque de chute. Les psychotropes utilisés dans le traitement de cette pathologie sont également pourvoyeurs de chute. [26]

Concluons par les pathologies démentielles qui sont devenues des pathologies très fréquentes. On retrouve un risque accru de chute dans toutes les étiologies (maladie d'Alzheimer, maladie à corps de Lewy, démence due à la maladie de Parkinson, démence fronto-temporale, démence vasculaire, etc.) et à tous les stades d'évolution. En effet l'atteinte cognitive favorise la chute, par les troubles du jugement avec notamment une mauvaise évaluation des risques lors des déplacements, des troubles praxiques, attentionnels, visuo-

spatiaux ou encore comportementaux [23]. L'incidence de la chute est multipliée par deux chez les patients déments.

Les facteurs extrinsèques s'ajoutent aux facteurs intrinsèques pour définir les facteurs prédisposants aux chutes.

Nous parlerons tout d'abord de la poly-médication (plus de quatre médicaments par jour) et de la prise de psychotropes. Aujourd'hui, les médicaments représentent l'un des facteurs de risques de chutes le plus fréquemment rencontré chez les personnes âgées.
La poly-médication augmente ce risque ; en effet, il est important de souligner que les patients âgés ont une sensibilité augmentée aux médicaments que ce soit par l'altération de la fonction rénale, par l'augmentation de la masse grasse et donc la modification du rapport masse grasse/masse maigre, ou encore par les modifications cutanées qui rendent l'administration par patch moins efficace. Les traitements des personnes âgées peuvent agir par différents mécanismes, par exemple un effet sédatif est observé lors de la prise de barbituriques, de benzodiazépines (hypnotiques ou non), d'anticonvulsivants ou de neuroleptiques. On peut de plus rencontrer l'apparition d'un syndrome extrapyramidal lors de la prescription de neuroleptiques.

Une hypotension orthostatique est fréquemment observée notamment lors de l'administration de médicaments antihypertenseurs (dont les bêtabloquants et les diurétiques), de traitements par L-DOPA et par agonistes dopaminergiques, et de l'administration de molécules à visée antidépressive.

Certains troubles de la conduction ou du rythme cardiaque s'observent lors de prises d'anti arythmiques comme les béta bloquants, les digitaliques, les diurétiques qui induisent des hypokaliémies à l'origine de torsades de pointe. [27]
Les différents risques relatifs, en fonction des molécules utilisées, sont résumés dans le tableau suivant.

Classe de médicaments	Risque relatif	
Psychotropes	1,73	(1,52-1,97)
Antidépresseurs	1,66	(1,40-1,95)
Hypnotiques	1,54	(1,40-1,70)
Benzodiazépines	1,48	(1,23-1,77)
Neuroleptiques	1,50	(1,25-1,79)
Digoxine	1,22	(1,05-1,42)
Antiarythmiques la	1,59	(1,02-2,48)
Diurétiques	1,08	(1,02-1,16)
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion	1,20	(0,92-1,58)

Figure 4 risques de chute liés à la prise de médicaments psychotropes et cardiovasculaires

L'environnement de la personne âgée est un facteur extrinsèque essentiel. Le caractère multifactoriel des chutes des patients âgés est largement admis dans la littérature scientifique. En effet, 78 % des chutes surviennent au domicile des personnes âgées. La majorité de ces logements est particulièrement inadaptée à une locomotion sans risque (tapis, agencement, encombrement…). Les lieux où les chutes sont les plus fréquentes sont ceux où les patients séjournent le plus longtemps : la cuisine, la salle de bain ou les couloirs. Il est donc important de prendre en considération l'encombrement des pièces, en mettant l'accent sur les endroits de passage, l'accessibilité des armoires, du plan de travail des fenêtres, etc. Il faut être attentif à la présence de tapis, de paillasson, ou encore d'inégalité du sol. L'éclairage doit être suffisant ainsi que la hauteur et la stabilité des assises et du lit. Autant d'éléments qui, s'ils ne sont pas pris en compte, majorent le risque de chute.

Enfin, un faible niveau socio-économique engendre des difficultés multiples, à l'origine des facteurs de risques retrouvés précédemment. Ainsi, une personne âgée aux faibles revenus sera plus sujette aux carences, à un environnement de vie moins adapté, et aura certainement un recours aux soins plus difficile. Tous ces facteurs augmentent la fragilité de la personne âgée et donc son risque de chute.

2.4.2 Facteurs précipitants

Comme dit précédemment, la chute est la résultante d'un certain nombre de facteurs. Ainsi, nous venons de parler des facteurs intrinsèques et extrinsèques, qui définissent le patient âgé dans son ensemble, tant sur le plan physique qu'environnemental. Il est cependant important de ne pas négliger les facteurs précipitants, qui ajoutés à ceux précédemment décrits sont considérés comme le déclencheur de la chute. Il est à noter que ces facteurs sont de plus en plus difficile à repérer chez les patients âgés par l'examen clinique ; ils nécessitent donc souvent des examens complémentaires pour être mis en évidence.

Parmi ces causes précipitantes nous pouvons citer les plus évidentes :

- une origine cardio vasculaire cause fréquente de malaises engendrés par des troubles du rythme ou de la conduction ;
- une cause neurologique évidemment par l'intermédiaire d'un déficit sensitif ou moteur mais aussi par la présence d'une rigidité ou d'un syndrome extrapyramidal ;
- une origine vestibulaire engendrant des vertiges et des pertes d'équilibre. Le plus fréquent étant le vertige paroxystique positionnel bénin ;
- une origine métabolique très fréquente que ce soit par des troubles ioniques comme une hyponatrémie ou encore des troubles glycémiques ou par des syndromes infectieux.

2.5 Conséquence des chutes

2.5.1 Conséquences physiques

Les conséquences traumatiques des chutes sont les plus fréquentes et les plus graves. Elles concernent entre 40 et 60% des chutes selon les études. Il peut s'agir de traumatismes mineurs, dans environ 40% des cas, comme des atteintes superficielles de la peau, des hématomes sous-cutanés, des excoriations. Les fractures costales ou vertébrales sont considérées comme des traumatismes modérés. Quant aux traumatismes majeurs, ils ne représentent que 10% des cas mais engendrent de graves conséquences. On compte parmi eux les fractures fémorales, les hématomes cérébraux, extra ou sous duraux, les traumatismes crâniens, les plaies de grandes tailles ou profondes. Les autres conséquences physiques de la chute sont quant à elles liées à la station prolongée au sol, responsable de rhabdomyolyse, d'hypothermie, d'escarres, de

pneumopathies d'inhalation, de déshydratation ou encore de décompensation de morbidité sous-jacentes. Ces traumatismes physiques conduisent constamment à une hospitalisation et mettent en jeu le pronostic vital du chuteur. Ils doivent entre considérés, de ce fait, comme un signe de gravité des chutes.

2.5.2 Conséquences psychologiques

Lorsqu'un patient chuteur passe plus d'une heure au sol sans avoir la possibilité de se relever, le risque de développer des complications psychologiques est majeur. Elles peuvent s'exprimer de différentes façons, à savoir une perte de confiance en soi, une dégradation de l'image de soi, ou un sentiment d'insécurité. Tout cela peut conduire à l'émergence d'un syndrome post chute, qui peut être décomposé en deux parties.
La partie motrice entraîne des troubles posturaux, de l'équilibre, et de la marche.
La partie psychologique quant à elle engendre une inhibition psychomotrice, et une anxiété majeure, notamment lors de la verticalisation ; ce qui engendre par inhibition psychomotrice un blocage des mécanismes de l'équilibre et de la marche [31]. La chute est perçue par les patients âgés comme un événement traumatisant brutal. Il est associé en psychopathologie à une menace de castration, une blessure narcissique, ou encore une rupture dans l'histoire du patient. Ces sujets confrontés à un sentiment d'insécurité déclenchent des mécanismes psychiques menant à une détérioration de confiance en soi. Cette perte d'équilibre physique et psychique renforce le sentiment d'angoisse, d'abandon, de solitude, et crée un bouleversement narcissique en endommageant l'image corporelle. Tous ces phénomènes renforcent la fragilité du patient. [32]

2.5.3 Conséquences économique et sociale

Il existe peu de données publiées qui rapportent le coût économique de la chute. Les données de la littérature retrouvées, bien qu'anciennes (1993), nous permettent de nous faire une idée du coût médical des chutes en France, soit un milliard trente-quatre millions d'euros. Cette estimation ne prend pas en compte les coûts indirects des chutes, liés à la mise en place d'aides à domicile par exemple, ou dus à des institutionnalisations. Le budget annuel pour l'année prise en exemple (1993) était de quinze millions d'euros, soit un pourcentage de 1,4% uniquement alloué au coût direct des chutes. En prenant en compte le vieillissement de la population et la fréquence des chutes, on peut extrapoler des résultats majorés pour les années à venir. De plus, les coûts non évalués concernant la consommation de soins chez ces patients chuteurs

représentent un budget important. Les chutes doivent donc être considérées comme un problème de santé publique tant sur le plan humain qu'économique [35]. Sur le plan social, comme énoncé précédemment, ces patients nécessitent une prise en charge par du personnel paramédical à domicile : infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes. La mise en place de ces aides est généralement coordonnée par le médecin généraliste avec l'aide des assistantes sociales de secteur. Les conséquences sociales des chutes, découlant de la perte d'autonomie des patients concernés, sont donc majeures.

2.6 Bilan de la chute répétée

De nombreux bilans de chutes sont proposés dans la littérature. Dans cette étude, nous avons décidé de nous baser sur le référentiel de l'HAS, bien que celui-ci présente un bas niveau de preuve (niveau C). Il nous permet de nous reposer sur un référentiel unique, établi par la Haute Autorité de Santé, et validé par des professionnels de santé. Ce bilan compte plusieurs parties. Tout d'abord la recherche de facteurs pré-disposants à la chute par un interrogatoire complet basé sur des généralités. Il permet de faire un état des lieux de la santé du patient, la plupart de ces facteurs étant déjà connus du médecin traitant :

- l'âge supérieur ou égal à 80ans ;
- le sexe féminin ;
- les antécédents de fractures traumatiques récentes ;
- une poly médication ;
- la prise de médicaments cardio-vasculaires ;
- la présence d'un trouble de la marche ;
- la présence de troubles de l'équilibre à l'aide de tests simples (le *timed up & go test*, le test de station unipodale) ;
- une diminution de la force musculaire des membres inférieurs (évaluer la capacité à se relever d'une chaise sans l'aide des mains, calcul de l'index de masse corporelle et évaluation des facteurs nutritionnels) ;
- la présence d'arthrose ;
- une anomalie des pieds et une évaluation du chaussage ;
- la présence de troubles de la sensibilité des membres inférieurs ;
- la présence d'une baisse de l'acuité visuelle ;
- la présence d'un syndrome dépressif à l'aide par exemple de l'échelle mini GDS ;

- la présence d'un déclin cognitif à l'aide d'un MMSE.

Puis, dans un second temps, la recherche de facteurs précipitant la chute par un examen clinique complet et un interrogatoire orienté de manière à mettre en évidence un élément déclencheur de la chute.

On recherche alors :

- sur le plan cardio-vasculaires, la notion de malaise et/ou de perte de connaissance ainsi que la présence d'une hypotension orthostatique ;
- sur le plan neurologique, l'existence d'un déficit neurologique sensitivomoteur ou la présence d'une confusion mentale ;
- sur le plan vestibulaire, la notion de vertige ou la présence d'une latéro-déviation au test de Romberg ;
- sur le plan métabolique, la présence d'une hyponatrémie, une hypoglycémie et la prise de médicaments hypoglycémiants ;
- sur le plan environnemental, il faut réaliser un état des lieux du domicile en examinant l'éclairage, l'encombrement et la configuration du lieu de vie, ainsi que le chaussage ou encore la consommation excessive d'alcool.

Ce bilan se poursuit par des examens paracliniques adaptés :

- un ionogramme sanguin ;
- un dosage sérique de la vitamine D n'est plus recommandé mais une supplémentation doit être réalisée ;
- un hémogramme ;
- un électrocardiogramme ;
- un dosage de l'HbA1c chez les personnes diabétiques.

2.7 Synthèse

La chute est donc un problème majeur de société. Le vieillissement des personnes âgées est très complexe et de nombreux facteurs sont responsables de ces chutes. Comme nous l'avons décrit précédemment, la place du bilan de chute est donc majeure. Il permet d'identifier les raisons de la chute et de prendre en compte ces patients fragiles dans leur globalité, de manière à pallier à de possibles récidives. Le médecin généraliste joue un rôle primordial, car il se retrouve en première ligne face à ces patients. Cependant, les recommandations de l'HAS sont complexes

et nécessitent du temps pour leurs réalisations. Tout cela nous emmène à la question de recherche de cette thèse :

« Quel bilan les médecins généralistes de Gironde réalisent face à un patient chuteur de plus de soixante-quinze ans ? »

Hypothèse de recherche :
Les médecins généralistes de Gironde ne réalisent pas de bilan de chute ou alors incomplet au cabinet médical chez les patients âgés de plus de soixante-quinze ans.
Objectif principal :
Evaluer si les médecins généralistes de Gironde réalisent un bilan après une chute chez les patients âgés de plus de soixante-quinze ans.

Objectifs secondaires :

Comparer les bilans réalisés à ceux préconisés par la recommandation de la Haute Autorité de Santé d'avril 2009.

Rechercher les freins à la réalisation de ce bilan.

Rechercher les solutions alternatives utilisées par les médecins généralistes.

III) MATERIEL ET METHODE

3.1 Type d'étude

Pour répondre aux objectifs, cette étude a été réalisée en étude observationnelle descriptive transversale déclarative par entretien à partir d'un questionnaire. (Apres avis pris auprès du Pr Salamon médecin épidémiologiste de l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement de Bordeaux)

3.2 Population

Les différentes populations étaient respectivement constituées :

La population cible : par l'ensemble des médecins généralistes de Gironde.

La population source : par les médecins généralistes de Gironde inscrits au Conseil de l'ordre

des Médecins de Gironde.

La population d'étude : par des médecins généralistes de Gironde, hommes et femmes de toute classe d'âge et exerçant la médecine générale en cabinet libéral et ayant accepté de participer à l'étude. Ont été exclus les médecins dont l'activité de médecine générale ne constituait pas leur activité principale.

3. 3 Echantillon choisi : randomisation.

Le recueil des coordonnés des médecins généralistes a été possible grâce aux données fournies par le Conseil de l'ordre des Médecins de Gironde.

Afin d'obtenir un échantillon représentatif, il a été décidé d'effectuer un tirage au sort par sondage aléatoire stratifié sur les trois principaux facteurs de confusion : âge (catégorisé en quatre intervalles : 28/39 ans, 40/49 ans, 50/59 ans, 60 ans et plus), sexe, mode d'exercice (rural/urbain). Le tirage au sort a été réalisé de façon informatisée (logiciel R) à partir de la base de données fournie par le conseil régional de l'ordre des médecins. Ce tirage au sort a été effectué par une tierce personne titulaire d'un master d'épidémiologie.

Suite à un entretien dans le cadre des consultations méthodologiques du Service d'information médicale du CHU Bordeaux avec un médecin épidémiologiste (Pr Salamon) le chiffre de trente-deux médecins à contacter et donc trente-deux patients a été retenu, prenant en compte la faisabilité de l'étude et un souci de représentativité de la population.

Les médecins contactés par téléphone dont l'activité principale n'était pas la médecine générale ont été exclus.

3.4 Conception du questionnaire

Il s'agissait d'un questionnaire semi-directif se déroulant en deux temps. Tout d'abord une partie où le praticien de médecine générale répondait de façon libre puis une partie qui précisait sa réponse à partir d'items prédéfinis.

Le questionnaire a été conçu en s'appuyant sur la recommandation de l'HAS sur l'Évaluation et la prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Le fait de se baser sur un référentiel unique limite ainsi les biais de confusion.

Le questionnaire se présentait en trois parties.

La première concernait le patient pris en exemple et nous renseignait sur ses antécédents, ses comorbidités ainsi que son traitement et ses aides sociales.

La deuxième s'intéressait au bilan de chute avec la recherche des facteurs pré-disposants, des facteurs précipitants, de l'examen clinique réalisé et enfin des examens paracliniques demandés.

La troisième était centrée sur les freins rencontrés par les médecins généralistes à la réalisation de ce bilan et sur les solutions alternatives alors utilisées.

Un pré-test avait été effectué auprès de différents médecins ne figurant pas dans la population d'étude, médecins généralistes et gériatres. Le temps de réponse avait ainsi été estimé à environ quinze minutes.

3.5 Collecte des données

Après un premier contact téléphonique, des entretiens présentiels ont étés réalisés auprès des trente-deux médecins généralistes de Gironde sélectionnés, dans leur cabinet médical.

Ils ont été enregistrés et un questionnaire papier a été complété par l'investigateur lors des rendez-vous.

Ils ont tous été réalisés entre novembre 2015 et janvier 2016.

L'ensemble des données ont été compilées dans un fichier Excel.

Les résultats ont été extraits des entretiens et retranscrits en fonction de leur correspondance aux items des recommandations de l'HAS.

Il n'était pas nécessaire de demander l'accord du comité de protection des personnes, car l'étude ne sortait pas du cadre des soins courants. Les données étaient enregistrées dans un fichier anonymisé et sécurisé par mot de passe.

3.6 Analyse des résultats

3.6.1 Analyse descriptive

Devant la taille de l'échantillon, nous avons choisi une analyse descriptive simple. Les données ont étés collectées dans des tableaux, en gardant les effectifs comme résultats.

IV – RESULTATS

4.1 Caractéristiques de la population source : les médecins généralistes

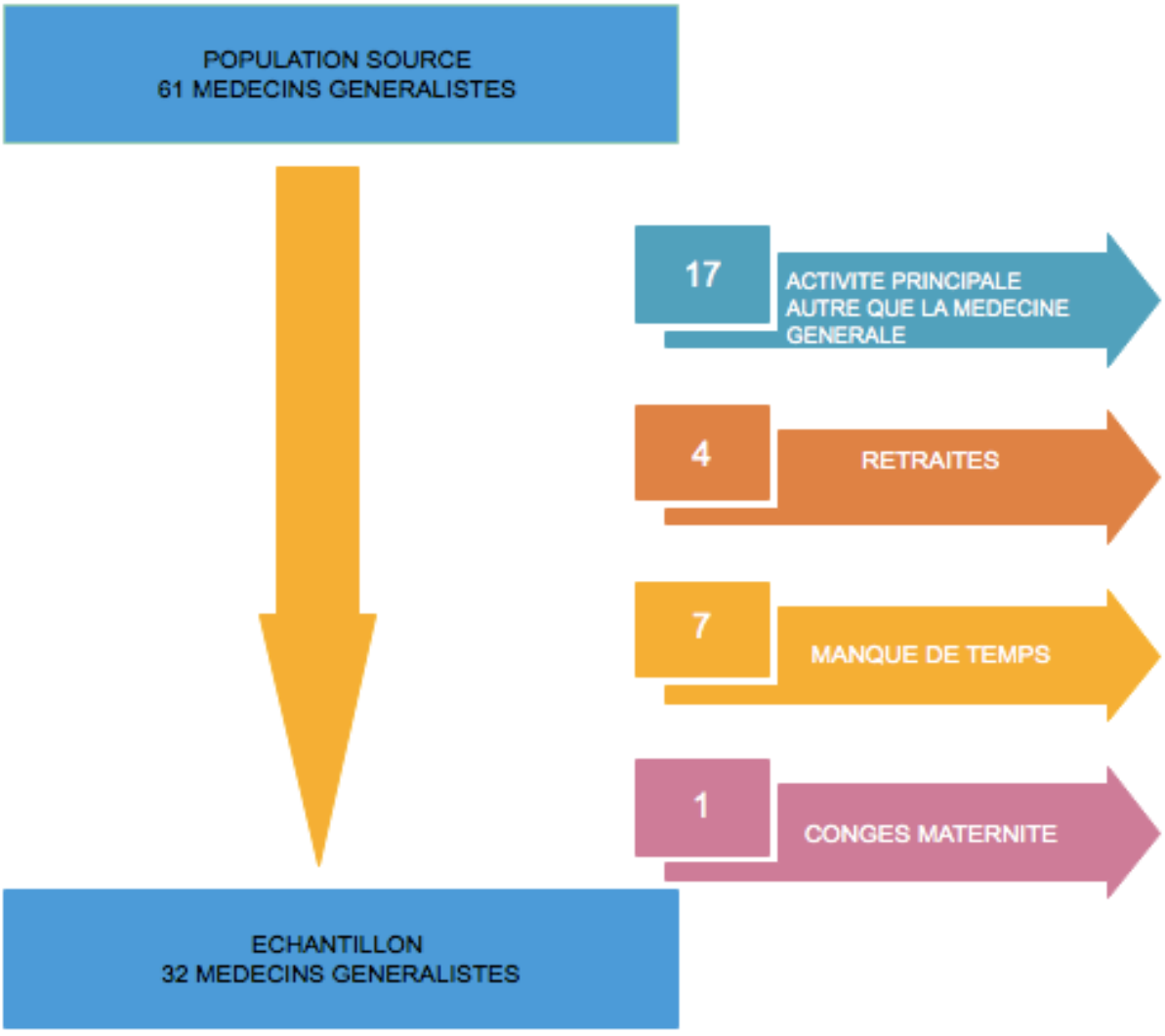


Diagramme de flux

Pour constituer la population d'étude, soixante-et-un médecins généralistes de toute la Gironde ont été randomisés. Parmi eux, dix-sept avaient une activité principale autre que la médecine générale (SOS médecins, angiologues, acupuncteurs, homéopathes, etc.), quatre étaient à la retraite, sept ont refusé de participer à l'étude par manque de temps et une était en congés maternité. L'échantillon final est constitué comme suit :

Age	Homme urbain	Homme rural	Femme urbaine	Femme rurale
30-39 ans	2	2	2	2
40-49 ans	2	2	2	2
50-59 ans	2	2	2	2
60 ans et plus	2	2	2	2

Tableau 1 descriptif de la population d'étude

4.2 Caractéristiques des patients chuteurs

Les médecins généralistes interrogés devaient sélectionner lors de l'entretien le dernier patient chuteur à répétition qu'ils avaient vu en consultation, et partir de cet exemple pour commencer l'entretien.

Ils ont donc sélectionné 32 patients chuteurs.

Sexe	Effectif	Pourcentage
Homme	12	35%
Femme	20	65%

Tableau 2 caractéristiques des patients chuteurs

La moyenne d'âge de cette population était de 84,5 ans.

Concernant leur lieu de vie :

Lieu de vie	Effectif	Pourcentage
EHPAD	10	31%
Domicile	22	69%

Tableau 3 lieux de vie des patients chuteurs

Lors de la chute, seize patients étaient en présence d'un aidant familial, un patient était avec une aide à domicile et deux étaient avec une tierce personne.

Dix-huit patients étaient accompagnés d'un aidant lors de la consultation (soit 56%).

Les consultations ont duré de cinq minutes à plus de trente minutes : cinq consultations ont duré de cinq à quinze minutes (soit 16%), vingt-deux consultations ont duré de quinze à trente minutes (soit 69%), cinq consultations ont duré plus de trente minutes (soit 16%).

Temps de consultation	Effectif	Pourcentage
0 à 5 min	5	16%
5 à 15 min	22	69%
15 à 30 min	5	16%

Tableau 4 durées des consultations

Concernant les antécédents nous avons retrouvé par ordre décroissant de fréquence : l'insuffisance cardiaque (75%), l'hypertension artérielle (65%), la dépression (50%), les douleurs arthrosiques (50%), le diabète de type 2 (12%), la fibrillation auriculaire (12%), les néoplasies (12%), la maladie de Parkinson (12%), les AVC (9%), et enfin les démences type Alzheimer (3%), et l'alcoolisme (3%).

Antécédents	Effectifs	Pourcentage
Insuffisance cardiaque	24	75%
Hypertension artérielle	21	65%
Dépression	16	50%
Douleur arthrosique	16	50%
Diabète de type 2	4	12%
Fibrillation auriculaire	4	12%
Néoplasie	4	12%

Tableau 5 antécédents des patients chuteurs

4.3 Recherche de facteurs pré-disposants.

Dans la population générale, si l'on s'intéresse à la recherche de facteurs prédisposants énoncés dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé, quatorze médecins généralistes déclaraient les rechercher dans leur totalité (soit 43%).

Tout d'abord, concernant l'âge supérieur à quatre-vingt ans et le sexe féminin, les médecins généralistes possédaient déjà ces informations dans leurs dossiers médicaux.

Le facteur le plus recherché était la poly-médication. En effet, vingt-six sujets interrogés y pensaient lors de la recherche étiologique de la chute (soit 81%), pourtant seulement quinze pensaient à la responsabilité des traitements cardio-vasculaires (soit 48%).

Vient ensuite la présence d'arthrose, souvent génératrice de trouble de la marche, recherché par vingt médecins (soit 63%). Plus généralement ces troubles de la marche étaient recherchés dans l'interrogatoire par quinze médecins interrogés (soit 46%), mais lors de l'examen clinique seuls trois médecins réalisaient des tests simples (3%) (le *timed up & go test*, le test de station unipodale).

Concernant la diminution de la force musculaire, seize médecins déclaraient la rechercher (50%).

Le syndrome dépressif était recherché à l'interrogatoire simple par dix-huit médecins (soit 56%), cependant aucun n'utilisait d'échelle telle que la mini GDS. Quant au déclin cognitif, dix-sept médecins déclaraient en tenir compte, or seuls quatre médecins détenaient un MMSE récent dans leurs dossiers, pour la majorité réalisé lors d'hospitalisations récentes ou de consultations gériatriques.

Enfin, dix médecins s'intéressaient à l'environnement du patient ; les troubles sensitifs et la notion de diminution d'acuité visuelle étaient quant à eux rarement recherchés.

Facteurs prédisposant	EFFECTIF	POURCENTAGES
Poly médication	26	81%
Perte autonomie	15	75%
Trouble de la marche	21	65%
Arthrose	20	63%
Syndrome dépressif	18	56%
Déclin cognitif	17	53%
Faiblesse musculaire	16	50%
Environnement	10	31%
Perte de poids	9	28%
MMSE	4	13%
Test d'évaluation du risque de chute	3	9%

Tableau 6 recherche de facteurs prédisposants

4.4 Recherche de facteurs précipitants

Les facteurs précipitants ont été recherchés par vingt-sept médecins interrogés (soit 86%). En effet, ils mettaient l'accent sur l'examen cardio-vasculaire, neurologique et vestibulaire ; avec une recherche systématique (100% des cas) de malaise, de vertige, ou encore de confusion. Après l'interrogatoire, l'examen de ces grandes fonctions était très largement réalisé avec la recherche de déficit neurologique et d'hypotension orthostatique, retrouvé dans trente entretiens (soit 96%). Logiquement, la recherche de traitement anti hypertenseur s'en suivait pour vingt-neuf médecins (soit 91%), tout comme le mésusage médicamenteux pour vingt-huit médecins (88% des cas).

Sur le plan métabolique, la présence d'une hyponatrémie était évoquée par tous les médecins interrogés ; mais comme tous les médecins ne réalisaient pas de bilans biologiques devant une chute, la recherche biologique d'hyponatrémie n'était prescrite que par vingt-huit des trente-deux médecins interrogés. Une hypoglycémie n'était recherchée que dans 44% des cas (quinze médecins), par manque de matériel en général. Même constat pour l'hyperthermie avec un résultat semblable de 44%. La prise de médicaments hypoglycémiants était déjà connue du médecin prescripteur.

Quant à l'environnement, la plupart des médecins généralistes réalisaient encore des visites à domicile. Ainsi trente-et-un médecins du panel interrogé s'intéressaient au lieu de vie de ces patients chuteurs. Ils prodiguaient généralement des conseils aux intéressés concernant l'éclairage, l'encombrement, les tapis. Enfin la consommation excessive d'alcool restait un sujet tabou dans notre société et n'était recherchée que par la moitié des médecins.

Facteurs précipitants	EFFECTIF	POURCENTAGE
Malaise	32	100%
Confusion	32	100%
Vertige	32	100%
Lieu de vie	31	97%
Test d'hypotension orthostatique	30	94%
Déficit neurologique	30	94%
Traumatisme physique récent	29	91%
Traitement hypotenseur	29	91%
Mésusage médicamenteux	28	88%
Hyponatrémie	25	78%
Alcoolisme	16	50%
Hypoglycémie	14	44%
Hyperthermie	14	44%

Tableau 7 recherche de facteurs précipitants

4.5 Examen clinique et paracliniques

Tout d'abord l'examen clinique, réalisé au cabinet ou à domicile par trente-et-un médecins interrogés, comprenait un examen cardiologique et un examen neurologique complets. Concernant les dossiers des médecins, vingt-six médecins possédaient un poids récent et vingt-quatre avaient même réalisé un calcul d'IMC permettant d'évaluer en partie l'état nutritionnel du patient concerné.

Ensuite, les examens paracliniques les plus réalisés restaient les bilans sanguins, avec dans 88% des réponses un dosage de la natrémie, de la protéine C réactive et une numération formule sanguine. Les nouvelles recommandations concernant la vitamine D étaient bien suivies

puisque seulement 13% des médecins généralistes dosaient la vitamine D contre 94% de supplémentations systématiques. L'hémoglobine glyquée était réalisée dans 63% des cas. L'alcoolémie n'était quant à elle jamais recherchée.

On constate que 59% des médecins interrogés réalisaient d'autres bilans, tels que des bilans de coagulation quand les patients étaient anti-coagulés ou des bilans thyroïdiens.

L'électrocardiogramme n'était réalisé que dans 9% des consultations pour chute.

EXAMENS	EFFECTIF	POURCENTAGE
CRP	31	97%
Examen cardiologique	31	97%
Examen neurologique	31	97%
Supplémentation vitamine D	30	94%
Natrémie	32	88%
NFS	28	88%
Poids	26	81%
Indice de masse corporelle	24	75%
HBA1C	20	63%
Autres bilans	19	59%
HGT	13	41%
Dosage de la vitamine D	4	13%
ECG	3	9%
Alcoolémie	0	0%

Tableau 8 réalisation d'examens complémentaires

4.6 Freins et solutions alternatives

Concernant les freins rencontrés par les médecins généralistes à la réalisation de ce bilan de chute, seuls huit médecins interrogés se décrivaient comme freinés par le temps, six par le manque d'information, cinq par le manque de matériel et sept par des délais de rendez-vous trop longs en médecine libérale.

Quant aux solutions alternatives, elles consistaient majoritairement à adresser les patients à des spécialistes : 88% en consultation chez le cardiologue, 66% chez le neurologue, et 9% chez d'autres spécialistes tels que des ORL. La place des gériatres dans ces consultations spécialisées restait modeste avec 41% de consultations gériatriques dédiées aux chutes.

Les paramédicaux restaient peu consultés dans le bilan de chute en lui-même avec 16% de recours aux kinésithérapeutes et 13% de recours aux ergothérapeutes.

L'hôpital restait finalement un recours peu utilisé. En effet, seul 22% des médecins interrogés adressaient aux urgences pour des chutes, 19% utilisaient les hôpitaux de jour, et 53% les hospitalisations programmées.

On notera qu'après la chute, 100% des médecins interrogés déclaraient mettre en place une téléalarme et une kinésithérapie de rééducation.

FREINS ET SOLUTIONS	EFFECTIFS	POURCENTAGE
Frein refus	8	25%
Frein temps	7	22%
Frein délais	7	22%
Frein information	6	19%
Frein matériel	5	16%
Kinésithérapie de rééducation	32	100%
Téléalarme	32	100%
Consultation cardiologique	28	88%
Consultations neurologique	21	66%
Hospitalisation programmée	17	53%
Consultation gériatrique	13	41%
Urgences	7	22%
Evaluation kinésithérapeute	7	22%
Hospitalisation de jour	6	19%
Evaluation ergothérapeute	4	13%
Autre spécialiste	3	9%

Tableau 9 freins et solutions alternatives

V DISCUSSION

5.1 Discussion de la méthode

a) L'échantillon

Pour cette étude, nous avons fait le choix d'un échantillonnage aléatoire, étant donné que nous disposions d'une base de données exhaustive communiquée par l'ordre des médecins et recensant tous les médecins généralistes de Gironde installés. Nous avons donc randomisé et créé grâce à un logiciel R un échantillon initial de soixante-et-un médecins dans le but d'obtenir une population source de trente-deux médecins généralistes.

Pour garantir une certaine représentativité de la population étudiée, nous avons fixé au préalable des critères de représentativité que sont l'âge, le sexe, et la zone géographique d'exercice. Cet échantillon de trente-deux médecins généralistes ne nous permettait cependant pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble des médecins de Gironde, au vu du nombre trop faible de participants à l'étude et devant la non représentativité de l'état actuel de la démographie médicale de Gironde. En effet, la démographie médicale de gironde montre que 70% des médecins généralistes sont des hommes âgés en moyenne de 53 ans. [57].

Concernant la sélection des participants, aucun critère incitatif ni contrepartie n'ont été utilisés de manière à limiter le biais de sélection. Le logiciel R d'analyse statistique a été utilisé pour tirer au sort les médecins lors de la sélection de notre échantillon, de manière à diminuer au maximum ce biais de sélection.

b) Le questionnaire

Le questionnaire a été réalisé selon des recommandations de la Haute Autorité de Santé en se basant sur un référentiel unique ; notre souhait était de limiter le biais de confusion qu'aurait causé l'utilisation de plusieurs sources.

Le choix d'un questionnaire semi-directif où chaque question serait complétée par une série de questions fermées associées à des propositions de réponses positives ou négatives a eu pour conséquence une perte de précision, d'information et de nuance. En effet l'analyse uniquement quantitative sur ce travail a limité l'étendue de l'information, par rapport à une analyse qualitative.

Le questionnaire a été testé au préalable auprès de deux médecins de manière à vérifier :

- La conception des questions ;
- L'adaptation des modalités de question ;
- La présence d'éventuels oublis ;
- L'évaluation du temps réel de passation.

c) La méthode

Le choix de réaliser ces entretiens en face à face nous a permis d'obtenir des informations plus détaillées, et avait pour but d'augmenter l'adhésion et la compliance globale des médecins interrogés.
Cependant ce choix a engendré un risque de biais systématique entre les enquêteurs ou une majoration du risque de désirabilité sociale. Le biais vers le « oui » avec une tendance à l'acquiescement était à mettre en évidence lors d'entretiens présentiels avec un désir de la part des médecins de « bien répondre ». Pour diminuer ce biais, j'ai essayé d'alterner une première partie avec une réponse ouverte avant de passer à la partie avec les questions fermées. Nous pourrions qualifier ce biais de biais de désirabilité sociale.

5.2 Discussion des résultats

Notre étude a pris pour référentiel les recommandations de bonne pratique professionnelle de la Haute Autorité de Sante parues en avril 2009, ayant pour titre « Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées ». Ces recommandations proposent aux professionnels de santé « une approche simple et pragmatique leur permettant de trouver une réponse pratique et adaptée à la question suivante : « Que faire face à une personne âgée qui fait des chutes répétées ? ». Ces recommandations ayant pour but d'être applicables à la vie quotidienne des médecins généralistes et de les aider dans la réalisation de ce bilan de chute, nous avons cherché à comparer la théorie et la pratique.

5.2.1 Antécédents de l'échantillon et représentativité

Concernant les antécédents dans notre échantillon : une très grande majorité de patients souffrait d'insuffisance cardiaque (75% du panel), nous avons retrouvé dans la littérature de nombreux écrits relatant la fragilité des patients âgés insuffisant cardiaques. En effet l'insuffisance cardiaque a souvent été mise en évidence chez des patients déjà poly pathologiques. Une étude américaine a démontré que sur un échantillon de quatre-vingt-six

mille quatre-vingt-quatorze insuffisants cardiaques âgés en moyenne de quatre-vingt-cinq ans et vivant en institution, un malade sur trois présentait au moins cinq maladies associées à l'insuffisance cardiaque, avec une prévalence importante des troubles cognitifs (57 % des cas), de chutes (30 %), de diabète (23 %), d'anémie (20 %), de pathologies pulmonaires (19 %), de dépression (19 %) ou de cancer (9 % des cas) [37]. Cette association insuffisance cardiaque et chute est en partie due au phénomène d'hypotension orthostatique, sa prévalence pouvant atteindre 50 % chez l'insuffisant cardiaque âgé [38] [39]. On a retrouvé de même ces épisode d'hypotension orthostatique chez les patients hypertendus qui eux aussi représentaient une grande part de l'échantillon (65%). Cette fois encore ces chiffres sont retrouvés dans la littérature avec l'étude française des 3 Cités, les patients hypertendus ont été estimés dans la population des soixante-cinq ans à 62 % [40]. Ainsi HTA et chutes sont fréquemment associées chez une même personne âgée et engendrent un risque de déclin fonctionnel et de mortalité. La prévalence de l'hypotension orthostatique augmente fortement avec l'âge, passant de 5 % avant soixante-quinze ans à 15%, voire 30 % après 75 ans [41]. Elle est plus élevée chez les sujets hypertendus que chez les normo-tendus [42] [43].
Il a été admis que l'hypotension orthostatique peut être la cause de lipothymies, de syncopes et de chutes.

On peut ainsi penser que traiter et bien contrôler une HTA peut paradoxalement réduire le risque d'hypotension orthostatique. Cependant, les facteurs de risques médicamenteux ont été importants à considérer dans les chutes et les antihypertenseurs étaient souvent mis en cause ; tout comme les médicaments psychotropes (antidépresseurs, sédatifs, hypnotiques, neuroleptiques) [44] [45] prescrits fréquemment dans la dépression qui arrivait en troisième position des caractéristiques principales de notre échantillon (50%). Cependant, nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de lien direct entre la dépression et la chute. Une extrapolation à la iatrogénie est retrouvée dans de nombreux articles citant comme nous l'avons dit précédemment les antipsychotiques, antidépresseurs, anxiolytiques et hypnotiques, mais aucun lien clair avec la pathologie en elle-même. Idem pour les douleurs arthrosiques qui se sont dégagé de notre échantillon, aucun lien direct n'a été décrit dans la littérature ; cependant encore une fois la iatrogénie des antalgiques est retrouvée. Les troubles de la marche imputables à ces douleurs sont aussi largement décrits. On a retrouvé de nombreux écrits faisant le lien entre douleurs chroniques et dépression.

La littérature a relié les antécédents les plus fréquemment retrouvés dans notre échantillon au risque de chute par le risque d'hypotension orthostatique ou par les risques liés à la iatrogénie.

Qu'en est-il de la démence ? Seuls 3% des patients chuteurs de l'échantillon présentaient une démence. S'agit-il d'un sous-diagnostic ? L'étude PAQUID [46] qui a permis d'estimer la prévalence des démences en France à 17,8% pour les sujets de plus de soixante-quinze ans va dans ce sens. De plus, seuls 13% des médecins interrogés possédaient un MMSE dans leur dossier, pour la plupart réalisé lors de bilans hospitaliers. Cela peut être expliqué par les résultats de l'étude des 3 Cités [47] qui a mis en évidence le faible nombre de consultations pour des troubles cognitifs seuls. On constate que 61 % des patients ont consulté un médecin pour des troubles cognitifs, dont 32,9 % un spécialiste. La plainte au médecin diminuait nettement avec l'âge et le recours au spécialiste s'effondrait après quatre-vingt ans. Les résultats de cette étude ont pu justifier le faible taux de démence évalué dans notre échantillon, que ce soit par la sous-réalisation de tests mnésiques ou par le faible taux de consultation de la part des patients pour ce problème précis. Cette question est approfondie dans le paragraphe suivant.

5.2.2 Recherche de facteurs pré-disposants

Nous nous sommes intéressés aux résultats obtenus sur notre échantillon de trente-deux médecins quant à la recherche de facteurs pré-disposants. Les résultats ont presque tous été supérieurs à 50%. Les médecins ont en effet été interrogés sur leurs patientèles, il s'agit de patients qu'ils suivaient depuis longtemps. Donc ces facteurs pré-disposants étaient déjà présents dans leurs dossiers et connus des médecins généralistes pour la plupart.

5.2.3 Réalisation de tests mnésiques et de tests de marche au cabinet médical

Quand il s'agit de réaliser les tests de marche ou des tests mnésiques, moins de 10% des médecins répondent positivement.

Les recherches bibliographiques concernant la réalisation de tests mnésiques en médecine générale nous ont ramené à de nombreux sujets de thèse, dont celui de Laure ALIACAR sur le dépistage des troubles cognitifs en médecine générale [48]. Son travail a mis en évidence les freins rencontrés par les médecins généralistes à l'utilisation des outils de dépistage en médecine libérale. Le manque de temps et le sentiment d'inefficacité des traitements ont pu expliquer en partie la sous-réalisation de test mnésiques en médecine générale. Venaient ensuite l'absence de prescription médicamenteuse en première ligne, le déni des troubles par le patient

ou son entourage, la complexité des échelles pour la passation et l'interprétation en médecine générale, le désir de temporiser et de réévaluer la plainte avant de proposer un dépistage, la mauvaise rémunération de l'acte, la difficulté d'obtenir un avis spécialisé suite à un dépistage, la relation de proximité avec le patient et la méconnaissance des structures permettant une évaluation . Toutes ces raisons expliquaient en partie le faible taux de réalisation de tests mnésiques par les médecins généralistes interrogés. La réalisation des tests de marche n'a pas été étudiée par la littérature médicale. Mais nous pouvons certainement étendre aux tests de marche les freins cités plus haut pour la réalisation des tests mnésiques ; à savoir notamment le manque de temps et de formation.

5.2.4 Recherche d'hypoglycémie et d'hyperthermie comme facteur précipitant

Les facteurs précipitants ont été recherchés en très forte majorité hormis l'hyperthermie et l'hypoglycémie.

Tout d'abord, la recherche de l'hypoglycémie, elle n'a été réalisée que dans 44% de notre échantillon. Elle n'a cependant pas pu être rapportée au faible taux de patients diabétiques sur l'échantillon initial, car dans cette partie de l'entretien nous avions généralisé aux pratiques courantes des médecins interrogés. Dans la plupart des cas il s'agissait d'un manque de matériel. En effet, bien que l'on ait retrouvé le lecteur de glycémie dans de nombreux écrits concernant les trousses de secours en médecine générale, de nombreux médecins interrogés lors des entretiens déclaraient avoir un appareil non fonctionnel ou ne pas en avoir.

Concernant la prise de température, nous avons retrouvé les mêmes chiffres ; 44% des médecins ont recherché une hyperthermie. Ce résultat nous a permis de soulever un point intéressant de l'examen clinique du sujet âgé. En effet, de nombreux patients de plus de soixante-quinze ans présentent un examen clinique modifié, notamment dans les cas infectieux. Dans la revue de littérature, nous avons retrouvé des données intéressantes sur la fièvre du sujet âgé [49]. Dans 48% des cas la fièvre n'était pas présente dans les quarante-huit premières heures d'une infection bactérienne ; l'apyrexie pouvait même être retrouvée dans 31% des cas chez des patients âgés de plus de quatre-vingt-dix ans. D'après une étude rétrospective, la température de base chez des sujets âgés de soixante-dix-huit ans en moyenne serait de 36,3°C avec une température maximale de 38,3°C lors d'épisodes infectieux. Si la température perd de sa sensibilité avec l'âge, les épisodes infectieux sont plus souvent accompagnés de signes indirects tels que l'asthénie, l'anorexie, l'incontinence, la diminution de la mobilité qui mieux que

l'hyperthermie signaleraient un état de déséquilibre de l'état de base pouvant correspondre à un épisode aigu infectieux. Ce qui nous a amené à émettre l'hypothèse qu'ayant connaissance de ces spécificités de l'examen clinique de la personne âgée, les médecins interrogés prenaient peu en compte la prise de température pour rechercher un point d'appel infectieux.

5.2.5. Alcoolisme de la personne âgée et médecine générale

L'alcoolémie est resté un sujet tabou lors de mes questionnaires ; les médecins ont évoqué des patients alcooliques connus mais n'ont jamais posé directement la question sur la consommation aigu d'alcool lors des chutes. Certains ont même avoué avoir eu des « surprises » en sous-estimant le problème chez certains patients. C'est ce qui pouvait expliquer la différence de résultats entre les 50% de réponses positives obtenues dans la recherche d'alcoolisme chez le patient dans le cadre du bilan des facteurs précipitants et l'absence de dosage sanguin lors du bilan biologique. Les médecins interrogés y pensaient chez des patients alcooliques connus qui chutaient mais aucun n'a posé spontanément la question ou n'a réalisé de dosage biologique. Y-a-t-il encore un tabou concernant les patients âgées et l'alcool ? Nous avons retrouvé dans la littérature des chiffres non négligeables, en effet 35 % des sujets entre soixante-quinze et quatre-vingt-cinq ans consommeraient quotidiennement de l'alcool. En se référant au Baromètre santé 2010, le risque chronique ou de dépendance toucherai 19 % des sujets de 65–74 ans et 15 % des 75–85 ans avec une majorité d'hommes [49] [50]. Ces études ont mis l'accent sur le fait de savoir repérer les facteurs de risques de consommation d'alcool chez les personnes âgées et d'être attentifs en cas de sexe masculin, d'isolement, de retraite, de séparations et de divorces, de pathologies invalidantes et douloureuses, ou encore de deuils [51]. Les principales complications qui ont été rencontrées dans ce contexte étaient les chutes, sources de complications traumatiques, les états confusionnels et les troubles psycho-comportementaux. Il a de plus souvent été souligné la difficulté devant ces syndromes gériatriques classiques d'évoquer l'hypothèse d'une consommation excessive d'alcool. Mais il est important d'y penser quel que soit le lieu de vie du sujet, y compris en institution. Cela est d'autant plus vrai que l'on peut attribuer par exemple une chute ou une confusion à d'autres facteurs déclenchants sur fond de pathologies favorisantes.

Ces études insistaient aussi sur le fait qu'une fois évoquée, la dose d'alcool absorbée peut parfois apparaître comme modeste, bien qu'interférant clairement avec des pathologies associées et certains traitements comme les benzodiazépines par exemple.

Si le « réflexe iatrogène » devant cette symptomatologie est maintenant bien ancré dans la pratique quotidienne, le « réflexe alcool » reste encore trop rare en médecine gériatrique comme

en médecine générale et reste important à souligner.

5.2.6. Recherche d'environnement problématique, discordance des résultats et place de l'ergothérapie

Il nous a semblé important de discuter de la différence de résultats dans notre étude entre la recherche d'un environnement problématique dans les facteurs pré-disposants (qui est recherché par 31% des médecins) et les 97% évoqués lors de la recherche de facteurs précipitants. Cette différence s'expliquait par le déroulement de nos entretiens et soulignait un biais précédemment évoqué, « le biais vers le oui », lors de la critique précédente de notre étude. En effet, la recherche des facteurs pré-disposants était initialement présentée au médecin interrogé comme une recherche de fragilités de la personne âgée ayant chuté. Il s'agissait d'une partie du questionnaire où les médecins répondaient librement, ce qui explique que seuls certains médecins y aient fait allusion. La partie sur la recherche de facteurs précipitants était une partie avec des réponses plus fermées où nous interrogions le médecin en lui posant la question « Examinez-vous le lieu de vie : éclairage, encombrement, tapis ? ». Cette forme plus directive d'entretien incitait le médecin interrogé à répondre positivement, soit parce qu'il n'y avait pas pensé lors de la première partie de l'entretien et qu'il y était effectivement sensible lors de ses visites à domicile, soit pour répondre positivement. Il a été mis en évidence lors de nos entretiens que le premier cas de figure restait l'explication la plus réaliste, car les médecins interrogés ponctuaient souvent cette réponse d'une anecdote sur une adaptation de logement. Ils racontaient alors l'aide de la famille pour pallier la réticence des personnes âgées à modifier leur lieu de vie, à enlever les tapis, et parfois évoquaient l'institutionnalisation qui a suivi la chute, notamment à cause du logement inadapté ou insalubre. Sur le plan de la littérature, nous avons très souvent retrouvé l'accent mis sur l'environnement, que ce soit dans les recommandations de la société française de documentation et de recherche en médecine générale, ou dans le guide de bonne pratique de l'INPES [52][53].

Mais à qui revient ce rôle ? Au médecin traitant ? A l'ergothérapeute ? Dans Gérontologie et société, il a été fait mention d'une étude fort intéressante, l'étude SADEER. Cette étude a été réalisée de 2008 à 2010. Elle avait pour objectif d'évaluer l'efficacité de l'ergothérapie chez les patients de plus de soixante-quinze ans, vivant à domicile. Le protocole comprenait six phases clefs :

- envoi de la plaquette d'information et de sensibilisation à la question de l'habitat proposant l'intervention d'un ergothérapeute au domicile ;

- retour des coupons réponses ;
- visite des ergothérapeutes et recueil de données ;
- envoi du cahier des charges et des préconisations ;
- appel téléphonique à deux mois aux allocataires par les ergothérapeutes ;
- appel téléphonique à six mois aux allocataires par la cellule de coordination.

Le taux de participation à cette étude a été évalué à 1,5%. Les opérateurs ont effectué cent soixante visites à domicile, donné cent trente-neuf appels à deux mois et contacté cent vingt-six allocataires à six mois. Les personnes n'ayant pas souhaité participer à l'étude avaient justifié leur refus par le fait de ne pas vouloir répondre à un questionnaire, ou de ne pas vouloir recevoir la visite d'un professionnel. Les résultats de cette étude ont montré lors du second appel téléphonique, soit six mois après le passage de l'ergothérapeute à domicile, que seuls 7,1% des personnes ayant participé à l'étude évoquent une chute alors qu'ils étaient 40,5% lors de leur entrée dans l'étude. Ces résultats nous ont prouvé le bienfondé de l'adaptation du domicile et l'importance de la prise en charge de l'environnement chez les patients âgés chuteurs.

Or, lors de nos entretiens seuls 13% des médecins traitants déclaraient faire appel à des ergothérapeutes.

La première hypothèse était le refus des patients, comme l'a montré le faible taux de participation à l'étude. Les personnes âgées sont souvent réticentes à laisser un professionnel entrer chez eux et à faire des modifications dans leur maison. Ces patients sont souvent attachés à leur décoration et n'ont pas conscience du risque. De plus ils acceptent rarement les critiques d'inconnus.

Se pose alors la question de l'intérêt réel de l'ergothérapie quand on se heurte au refus des patients. Dans ce cas, l'intervention du médecin généraliste serait-elle suffisante ? Les médecins généralistes sont-ils assez formés ? Et surtout ont-ils le temps de réaliser des bilans d'adaptation du domicile ?

La réalité nous montre que non ; certes, ils prennent le temps de dispenser aux patients et à leurs familles des conseils simples d'adaptation du domicile, mais certainement moins complet qu'un bilan d'ergothérapie.

Lors de nos entretiens, ce n'était pas le refus des patients qui expliquait ce manque de recours aux ergothérapeutes, mais le coût et le fait que les prestations ne soient pas remboursées par la sécurité sociale. En effet, les prestations d'ergothérapie ne sont pas financées par l'assurance maladie si elles sont extrahospitalières. Le premier moyen est donc de profiter d'une hospitalisation pour bénéficier gratuitement d'une évaluation à domicile dans le cadre d'un

retour à domicile.

Si l'on ne veut pas hospitaliser le malade, il existe des équipes mobiles de gériatrie qui font des évaluations gériatriques complètes à domicile, avec l'aide d'ergothérapeutes et qui ne coûtent rien au patient. On peut citer l'exemple bordelais de l'équipe mobile d'évaluation pluri professionnelle dans la cité. Les délais sont souvent incriminés par les médecins interrogés. Dans le cadre de cet exemple précis, l'équipe intervient dans la semaine. L'inconvénient est qu'elle n'intervient que sur Bordeaux même.

En tant que médecin généraliste de Gironde (et d'ailleurs), l'accès aux ergothérapeutes peut aussi se faire par le cadre des CCAS (Centre Communaux d'Actions Sociales) ou des réseaux de soins infirmiers à domicile, SSIAD, qui prennent en charge des interventions d'ergothérapeutes à domicile pour certains.

Sur Bordeaux et la CUB, l'Equipe de Soutien aux Aidants à Domicile de Bagatelle fait aussi des expertises à domicile d'ergothérapie prise en charge par bagatelle.

Si aucune de ces solutions n'est disponible, le tarif des ergothérapeutes libéraux est de cinquante euros de l'heure plus un forfait de bilan du domicile qui dépend de la taille du logement, soit un cout d'environ deux cents euros pour un bilan complet. Il est compréhensible qu'un tel coût ne puisse être assumé par tous les patients, mais il est important de savoir qu'il existe d'autres solutions.

Certaines mutuelles ont des forfaits de prise en charge ergothérapie pouvant aller jusqu'à quatre cent cinquante euros (ACORIS, AX1, MGEN, RAM , MACSF, AG2R, Mutuelle de l'est, Malakoff prévoyance, Groupe SMISO, Mutuelle des cadres du bâtiment…). De plus tous les patients de plus de soixante-quinze ans bénéficiant d'une retraite complémentaire AGIRC et ARRCO, soit 75% des patients, peuvent bénéficier d'une expertise ergothérapique à domicile pour quinze euros.

L'ergothérapie est donc accessible à un grand nombre de patients, qui par manque d'information n'en bénéficient malheureusement pas. Il est important de préciser que l'intervention d'un ergothérapeute à domicile se fait sur prescription médicale.

5.2.7 Réalisation des examens complémentaires

Quant aux examens complémentaires recommandés, la biologie complète était majoritairement réalisée. Les médecins ont suivi les recommandations concernant la vitamine D. L'électrocardiogramme n'était réalisé que dans 9% des cas. Cependant, aucune donnée sur le nombre de cabinets médicaux équipés d'appareil à électrocardiogramme en France n'a été retrouvée dans la littérature. La plupart des médecins interrogés ne pratiquaient pas

d'électrocardiogramme car ils n'avaient pas le matériel adéquat. On note aussi que 88% des médecins interrogés ont envoyé en consultation spécialisée chez un cardiologue. Ainsi les médecins qui n'étaient pas équipés pour la réalisation d'un bilan cardiologique au cabinet déléguaient aux spécialistes pour la réalisation de ce bilan. Les médecins interrogés avaient de plus précisé les courts délais de consultations spécialisées dans ce cas de figure.

5.2.8 Les freins et les solutions alternatives

Contrairement à ce que l'on aurait pu penser, moins de 20% des médecins ont déclaré être confrontés à des freins, que ce soient des freins de la part des patients ou des freins dus à la logistique. La majorité d'entre eux réalisaient un bilan de chute satisfaisant.

Sur le plan des solutions alternatives : l'ergothérapie, très peu utilisée, a été discutée plus haut.

La kinésithérapie était aussi très peu utilisée pour la réalisation du bilan de chute alors que 100% des médecins la prescrivaient pour la rééducation. On pouvait penser que les kinésithérapeutes commençaient la rééducation par un bilan de chute même si ce n'est pas stipulé dans la prescription. Le bilan de chute réalisé par un kinésithérapeute comporte l'interrogatoire du patient, la recherche de la cause de la chute, de ses circonstances, du lieu de la chute ; puis le kinésithérapeute effectue un bilan musculaire articulaire sensitif, un bilan d'équilibre qui comporte souvent un *get up and go test* et un test de Tinetti. Certains kinésithérapeutes peuvent même réaliser des posturographies selon le matériel à leur disposition.

La rééducation à proprement parlé consiste en un renforcement musculaire, en un travail de la mobilité articulaire, au choix des aides techniques et au travail des transferts, aux massages, à l'électrothérapie ; puis dans un second temps en un travail plus fonctionnel avec une rééducation en extérieur axée sur les escaliers et la reprise d'autonomie.

La rééducation post chute est souvent basée sur le travail de l'équilibre statique et dynamique et peut être complétée par un travail de relevé du sol consistant à apprendre une élaboration de stratégies pour se relever, et travailler le passage d'une position à une autre.

Certes, ces bilans ne sont pas standardisés, mais ce sont ceux recommandés par le Collège Français des Enseignants Universitaires de Médecine Physique et de Réadaptation. [52]

Une meilleure information des médecins généralistes sur le rôle des kinésithérapeutes dans le bilan initial de la chute permettrait d'augmenter la réalisation de tests de marche, de déceler des troubles posturaux et des fragilités qui passent peut-être inaperçus par manque de temps ou manque de formation.

5.2.9 Rôle central du médecin généraliste dans le bilan de chute et place des équipes mobiles.

Le médecin généraliste est central dans la réalisation du bilan de chute chez la personne âgée. Son rôle est primordial dans la coordination et l'accompagnement. Il a pour objectif de favoriser le maintien à domicile tout en préservant la qualité de vie du patient. La Société européenne de médecine générale définit le médecin généraliste comme le médecin traitant de chaque patient, chargé de dispenser des soins globaux et continus.

Il met à la disposition des patients ses compétences que ce soit en utilisant les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités [59], soit en menant des actions en santé publique et communication.

En effet, le médecin généralise est un des rares praticiens à se rendre au domicile de ses patients ce qui lui permet d'avoir accès à leur lieu de vie. Il est de plus le premier à évaluer au domicile le passage de la personne âgée fragile à la personne âgée dépendante ou en perte d'autonomie.
Une étude intitulée « les difficultés rencontrées par le médecin généraliste dans la gestion des personnes âgées en situation médicale et psychosociale complexe : place des équipes mobiles » replaçait le médecin généraliste au centre de la prise en charge de ces patients âgés fragiles. [58]

En effet cette étude a relaté les principales difficultés rencontrées en soins de ville avec les patients fragiles il en est ressorti :la gestion des troubles cognitifs et psycho-comportementaux, la perte d'autonomie, les chutes, les soins palliatifs et de fin de vie.

Concernant les causes de ces difficultés, le manque de temps était cité en priorité

Les médecins traitants jugeaient être les mieux placés pour assurer la coordination à domicile (61,5 %). Ils ajoutaient néanmoins considérer que les équipes mobiles de gériatrie extrahospitalières seraient une réponse possible à leurs difficultés en assurant une évaluation

gériatrique, une aide au diagnostic et à l'orientation dans la filière. Cette orientation vers une filière gériatrique adaptée permettrait d'éviter des hospitalisations aux urgences inadaptées et délétères en terme de pronostic fonctionnel [60] [61].

L'étude FOPAS traitant de la fragilité et des hospitalisations non programmés met en évidence le fait que le taux d'hospitalisation non programmé dans l'année sur l'échantillon analysé était de 10%. Parmi ces 10% on retrouvait majoritairement de patients âgés polymédiqués et fragiles. Ces équipes mobiles gériatriques pourraient aider à diminuer ces hospitalisations. [62].

En outre, elles permettraient aux médecins libéraux de bénéficier d'une évaluation extérieure de la situation médico-sociale du patient, de participer à des décisions collégiales des soins, et du maintien ou non à̀ domicile du patient, et enfin d'offrir un deuxième avis pour les familles.

Pour cela, les équipes mobiles devraient être accessibles par téléphone, disponibles sous 48-72 heures et intervenir en présence du médecin traitant si possible.

Ainsi le médecin généraliste reste l'acteur principal de la prise en charge des patients âgés fragiles et notamment des patients chuteurs cependant que les équipes mobiles gériatriques extrahospitalières peuvent lui apporter une aide précieuse afin de diminuer le nombre hospitalisations.

5.3 Perspectives et propositions

Contrairement à notre postulat de départ, on remarque que les médecins généralistes ont réalisé des bilans de chutes satisfaisants et en se basant largement sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Ce qui leur a semblé plus difficile à appréhender ce sont les dimensions gériatriques de ce bilan.

Beaucoup de médecins ont incriminé les délais très longs des consultations gériatriques pour expliquer leur faible recours à ces spécialistes, cependant avec le développement d'équipes mobiles à domicile (comme nous le montre l'exemple bordelais), on peut espérer que l'accès à l'avis gériatrique se démocratise dans le futur, permettant une prise en charge globale du patient. La sécurité sociale communique en ce moment sur les visites de longue durée (les VL),

mais ces visites concernent les patients en Affection Longue Durée pour une pathologie neurodégénérative identifiée (par exemple maladie d'Alzheimer ou de Parkinson, SEP....) et cette visite n'est réalisable que trois fois par an. Une généralisation de cette cotation à tous les patients chuteurs pourrait permettre aux médecins traitants d'accorder plus de temps à la réalisation des tests de marche ou des tests mnésiques.

Concernant le recours aux professions paramédicales telles que les ergothérapeutes, il serait intéressant de communiquer sur les nombreuses possibilités de financements des prestations auprès des médecins généralistes, tout comme la place du kinésithérapeute dans le bilan de chute à proprement parler (qui tient un rôle primordial dans le diagnostic tout comme dans la rééducation).

Nous pourrions de plus proposer un état des lieux de l'activité des kinésithérapeutes, et des possibilités qu'ils ont dans le système de soin actuel de réaliser ce bilan. Concernant la rééducation, il serait intéressant d'évaluer le temps dédié à l'ergonomie.

Ainsi, la question du développement de consultations gériatriques systématiques chez le patient âgé fragile se pose avec un travail de généralisation des équipes mobiles se déplaçant au domicile.

On peut aussi proposer une revalorisation des cotations de la consultation de médecine générale dédiée aux chutes permettant au médecins généraliste d'allouer plus de temps aux tests et à des problématiques gériatriques souvent complexes et chronophages.

La création d'un livret d'information sur le financement de l'ergothérapie et la place des paramédicaux dans le bilan de chute pourrai permettre de modifier les pratiques actuelles.

Enfin il est important d'évoquer la prévention des chutes, actuellement les tutelles mettent l'accent sur ce sujet grâce à des ateliers de prévention des chutes, il serait intéressant de communiquer sur ces ateliers auprès des médecins généralistes pour qu'un travail de prévention soit réalisé en amont.

VI – CONCLUSION

Nous avons réalisé une étude observationnelle descriptive dans le but d'évaluer la réalisation d'un bilan de chute chez les patients âgés de plus de soixante-quinze ans par les médecins généralistes de Gironde.

L'étude réalisée met en évidence la réalisation d'un bilan de chute satisfaisant dans une grande majorité des cas.

Elle soulève le problème de la sous-réalisation de tests mnésiques et de tests de marche au cabinet par manque de temps et manque d'informations des médecins généralistes.

Elle met en évidence qu'une très faible proportion de médecins ressent des freins à la réalisation de ce bilan, que ce soit par manque de temps, de matériel, de formation, ou par refus des patients.

Nous retrouvons des consultations spécialisées très couramment utilisées pour les bilans complémentaires cardiologiques et neurologiques par exemple.

Reste le problème de sous-utilisation des correspondants paramédicaux pour les bilans de chute tels que les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes, par manque d'information.

VII - RESUME

Introduction : La Haute Autorité de Santé a publié en 2009 des recommandations sur le bilan à réaliser lors de chutes qui présentent un caractère répétitif. Cette étude a pour but de répondre à la question suivante : « Quelles sont les pratiques des médecins généralistes de Gironde ? Quels freins rencontrent-ils ? ». L'objectif est de réaliser un état des lieux des pratiques médicales en Gironde.

Méthode : Une étude observationnelle descriptive transversale déclarative par entretien à partir d'un questionnaire a donc été réalisée. La population d'étude est constituée de trente-deux médecins généralistes de Gironde. Le critère d'exclusion était toute pratique principale autre que la médecine générale.

Résultats :
Les facteurs prédisposants sont recherchés par 43% des médecins.
Les facteurs précipitants sont recherchés par 86% des médecins.
Une hypoglycémie et l'hyperthermie ne sont recherchées que dans 44% des cas.
97% des médecins s'intéressent au lieu de vie de ces patients chuteurs.
Concernant les freins rencontrés par les médecins généralistes ils ne sont décrits que dans 25% des cas.
Les solutions alternatives reposent majoritairement sur les spécialistes. La place des paramédicaux reste modeste avec 16% de recours aux kinésithérapeutes et 13% de recours aux ergothérapeutes.

Conclusion : Contrairement à notre postulat de départ, on remarque que les médecins généralistes réalisent des bilans de chutes satisfaisants et se basent largement sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Introduction: In 2009, the Haute Autorité de Santépublished recommendations on the results to be carried out during repeated tumbles. The purpose of this study is to answer the following question: "What are the practices of general practitioners in Gironde? What are their obstacles? ". The objective is to establish a picture of medical practices in Gironde.

method: An observational, descriptive, cross-disciplinary, declarative study based on a questionnaire was therefore carried out. The study population consists of thirty-two general practitioners from Gironde. The exclusion criteria were any main practice other than general medicine.

results:

Predisposing factors are sought by 43% of physicians.

Precipitating factors are sought by 86% of physicians..

Hypoglycemia and hyperthermia are only sought in 44% of cases.

97% of doctors take an interest in the place of living of these patients who fall repeatedly.

Concerning the obstacles encountered by general practitioners, they are only described in 25% of cases.

Alternative solutions mainly rest on specialists. The place of paramedical professions remains weak with a 16% use of physiotherapists and a 13% use of occupational therapists.

Conclusion: Contrary to our basic premise, we note that general practitioners realize satisfactory reports on their patients' falls and that they build on the recommendations of the High Authority of Health to a great extent.

VIII - BIBLIOGRAPHIE

1. Campell AJ, Spears GF. Fallers and non-fallers. Age Ageing. 1990 Sept; 19(5):345-6

2. Rubenstein LZ, Josephson KR. The epidemiology of falls and syncope. Clin Geriatr Med. 2002 May;18(2):141-58

3. Ganz DA, Bao Y, Shekelle PG, Rubenstein LZ. Will my patient Fall? JAMA. 2007 Jan 3;297(1):77-86

4. Dorresteijn TA, Rixt Zijlstra GA, Van Eijs YJ, Vlaeyen JW, Kempen GI. Older people's preferences regarding programme formats for managing concerns about falls. Age Ageing. 2012 Jul;41(4):474-81. Epub 2012 Feb 23.

5 Blake AJ, Morgan K, Bendall MJ, Dallosso H, Ebrahim SB, Arie TH, et al. Falls by elderly people at home: prevalence and associated factors. Age ageing. 1988 Nov 17(6):365-72

6 Stalenhoef PA, Diederiks JP. Impact of gait problems and falls on functioning in independent living persons of 55 years and over: a community survey. Patient Educ Couns 1999 ; 36 : 23-31.

7 Greene E, Cunningham CJ. Recurrent falls are associated with increased length of stay in elderly psychiatric inpatients. Int J Geriatr Psychiatry 2001 ; 16 : 965-8.

8 Davison J, Bond J. Patients with recurrent falls attending accident and emergency benefit from multifactorial intervention-a randomised controlled trial. Age Ageing 2005 ; 34 : 162-8.

9. Haute autorité de santé. Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Paris: HAS/ SFGG; 2009

10 OMS | Les chutes [Internet]. [cité 17 aout 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/fr/

11. CNP de Gériatrie › Livre Blanc de la Gériatrie française [Internet]. [cité 17 aout 2017]. Disponible sur: http://www.cnpgeriatrie.fr/le-livre-blanc-de-la-geriatrie/

12 1. InVS | BEH n°37-38- 2 octobre. Numéro thématique - Épidémiologie et prévention des chutes chez les personnes âgées . Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/beh/2007/37_38/

13. Prévalences des chutes chez les personnes âgées de 55 à 85ans et caractéristiques des chuteurs : résultats du Baromètre Santé 2010 [Internet]. [cité 17 aout 2017]. Disponible sur: http://www.sciencedirect.com.docelec.u-Bordeaux.fr/science/article/pii/S0398762014006245

14 Besogne f. La prévention des risques de chute chez la personne âgée à domicile. 2011.

15 Bertrand f., Pras p., Tardieux p.-M. Urgences du sujet âgé. 2e éd.Paris : Masson,2006.

16 Tinetti me, Inouye sk, Gill tm, Doucette jt : Shared risk factors for falls, incontinence, and functional dependence. JAMA 1995; 273 : 1348

17 Tinetty me, Speechy , Ginter sf - Risk factors for falls among elderly personsliving in the community N Engl J Med 1988; 319 : 17 01-7

18 Bourdessol H et Pin S Inpes - Référentiel de bonnes pratiques « Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile Hélène Bourdessol et Stéphanie Pin Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=1567

19 Déficit visuel chez les sujets âgés chuteurs [Internet]. [cité 17 aout 2017]. Disponible sur: http://www.sciencedirect.com.docelec.u-Bordeaux.fr/science/article/pii/S0181551211003044

20 Troubles de l'équilibre et chutes - Méga Guide STAGES IFSI - 198 [Internet]. [cité 17 aout 2017]. Disponible sur: http://www.sciencedirect.com.docelec.u-Bordeaux.fr/science/article/pii/B9782294745294001981

21. Les troubles de la marche dans la maladie de Parkinson : problématique clinique et physiopathologique [Internet]. [cité 17 aout 2017].

Disponible sur: http://www.sciencedirect.com.docelec.u-Bordeaux.fr/science/article/pii/S0035378709003087

22 Saich F et al. Peut-on augmenter l'activité physique chez la personne âgée ? Réalités en Nutrition et en Diabetologie, 2008 ; 9 : 16-21.

23 Démence et chutes [Internet]. [cité 17 aout 2017]. Disponible sur: http://www.sciencedirect.com.docelec.u-Bordeaux.fr/science/article/pii/S016860540000057X

24 Vellas BJ, Wayne SJ, Baumgartner RN, Garry RJ. Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers. Age Ageing 1997 ; 26 : 189-93.

25 Thomas P, Hazif-Thomas C, Billon R, et al. Dépression et syn- drome frontal : quels risques pour la personne âgée ? Encephale 2009;35:361—9.

26 La chute chez la personne âgée : une modalité suicidaire ? [Internet]. [cité 17 aout 2017]. Disponible sur: http://www.sciencedirect.com.docelec.u-Bordeaux.fr/science/article/pii/S1627483014000749

27 Troubles de la Marche et Chutes du Sujet Âgé - Du symptôme à la prescription en médecine générale - Chapitre 20 [Internet]. [cité 17 aout 2017]. Disponible sur: http://www.sciencedirect.com.docelec.u-Bordeaux.fr/science/article/pii/B9782294017810500200

28 Nkodo Mekongo Y.-P. ; De Breucker S. ; Delvaux N.; Pepersack T.La peur de chuter et le " syndrome post-chute " de la personne âgée = Fear of falling in older people
Revue médicale de Bruxelles ISSN 0035-3639
2007, vol. 28, n°1, pp. 27-31

29 Cayado V, Chahbi R. La perception du risque d'accident et de chute par des personnes âgées vivant à domicile : un arbitrage complexe ? NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. août 2015;15(88):194‑9.

30 Coquisart L, Hallais C, Barrel A. Impact du chaussage sur la mesure de la rétropulsion du sujet âgé. Kinésithérapie, la Revue. nov 2011;11(119):48‑50.

31 Bloch F. Les complications non traumatiques des chutes : des conséquences trop souvent négligées chez la personne âgée. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. août 2015;15(88):188‑90.

32 Navarro Ocampo G, Bréjard V, Bonnet A. La chute chez le sujet âgé : de l'impact psychologique au travail psychique. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie

33 Andrea Trombetti, Mélany Hars, Didier Marcant, René Rizzoli, Serge Ferrari Prévention de la chute : un enjeu de taille dans la stratégie visant à prévenir les fractures chez le sujet âgé Rev Med Suisse 2009;1318-1324

34 Jensen, Lundin-Olsson et al. 2002; Robertson, Campbell et al. 2002; Jensen, Nyberg et al. 2003; Lamb, Jorstad-Stein et al.

35 Stephane E, Ousset PJ, Lafont C,Hostier P, Vellas B,Albarede - L'évaluation du sujet âgé en médecine gériatrique in "Les troubles de la posture et les risques de chute" L'année gérontologique 1995 supplément, 149-62 - Serdi Publishing Company.

36 herin P. Effet du vieillissement sur les muscles : sarcopénie et camptocormie. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. avr 2011;11(62):70‑5.

37 G. Gambassi, D.E. Forman, K.L. Lapane, V. Mor, A. Sgadari, L.A. Lipsitz, et al. Management of heart failure among very old persons living in long-term care: has the voice of trials spread? The SAGE Study Group Am Heart J, 139 (2000), pp. 85–93

38 O. Gorelik, D. Almoznino-Sarafian, V. Litvinov, I. Alon, M. Shteinshnaider, E. Dotan, et al.Seating-induced postural hypotension is common in older patients with decompensated heart failure and may be prevented by lower limb compression bandaging Gerontology, 55 (2) (2009), pp. 138–144

39 « Particularités de l'insuffisance cardiaque du sujet âgé [Internet]. [cité 17 aout 2017]. Disponible sur: http://www.sciencedirect.com.docelec.u-Bordeaux.fr/science/article/pii/S075549821300571X

40 P. Brindela, H. Hanon, J.-F. Dartigues, et al.
Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the elderly: the Three City studyJ Hypertens, 24 (2006), pp. 51–58

41G.H. Rutan, B. Hermanson, D.E. Bild, S.J. Kittner, F. LaBaw, G.S. Tell, et al.Orthostatic hypotension in older adults. The cardiovascular health studyHypertension, 19 (1992), pp. 508–519CrossRef | View Record in Scopus | Citing articles (359)
◦

42W.L. Ooi, M. Hossain, L.A. Lipsitz The association between orthostatic hypotension and recurrent falls in nursing home residents
Am J Med, 108 (2000), pp. 106–111Article | PDF (107 K) | View Record in Scopus | Citing articles (143)

43 L.C. Perlmuter, G. Sarda, V. Casavant, A.D. Mosnaim A review of the etiology, associated comorbidities, and treatment of orthostatic hypotensionAm J Ther, 20 (2012), pp. 279–291

44 S. Hartikainen, E. Lönnroos, K. Louhivuori Medication as a risk factor for falls: critical systematic review J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 62 (2007), pp. 1172–1181CrossRef | View Record in Scopus | Citing articles (293)

45J.C. Woolcott, K.J. Richardson, M.O. Wiens, B. Patel, J. Marin, K.M. Khan, et al. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons Arch Intern Med, 169 (2009), pp. 1952–1960 CrossRef | View Record in Scopus | Citing articles (430)

46 Berr C Nassime Akbaraly T, Nourashemi F, Andrieu S. Épidémiologie des démences : Troubles cognitifs et démences: une priorité de santé publiques. Epidemiol Dement Engl. cover date 2007;36(10):1431-41.

473C Study Group. Vascular factors and risk of dementia: design of the Three-City Study and baseline characteristics of the study population. Neuroepidemiology. déc 2003;22(6):316-25.

48 Laure Aliacar

« Dépistage des troubles cognitifs, modalité et freins en médecine générale : étude de pratique professionnelle en région midi pyrènes »
Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine spécialité médecine générale.

49fiche de lecture bibliographique : »il y a t-il des particularité de l'examen clinique chez la personne de plus de 75 ans ? G SOST et J GOGIBU JEUR 2004 17,313-319

50 F. Beck, J.B. Richard La consommation d'alcool en France Presse Med, 43 (10 Pt 1) (2014), pp. 1067–1079 Article | PDF (907 K) | View Record in ScopusLoading

51 J.B. Richard, C. Palle, R. Guignard, et al.La consommation d'alcool en France en 2014. Évolutions n° 32INPES, Saint-Denis (2015) [http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1632.pdf]

52 F. Paille Personnes âgées et consommation d'alcool Alcool Addictol, 36 (1) (2014), pp. 61–72

53 Maheut-Bosser A, Paille F. Consommation excessive d'alcool chez le sujet âgé : savoir y penser. NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie. oct 2016;16(95):258‑63.

54 Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale en partenariat avec la Haute Autorité de Santé. Recommandations pour la pratique clinique. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. Novembre 2005. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf.

55 Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile Inpes, Saint-Denis (2005) http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/830.pdf

56 Kinésithérapie en Gériatrie Yasmina GIEROK-BAHI Kinésithérapeute CHRU Lille cofemer

57 conseil-régional démographie [Internet]. [cité 17 aout 2017]. Disponible sur: http://ordre-medecins-aquitaine.org/page.php?nom=conseil-regional-demographie

58. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil 2016; 14 (1):23-30Difficultés rencontrées par le médecin Généraliste dans la gestion des personnes âgées en situation médicale et complexe : place des équipes mobiles

59**.** La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille
J Allen, B Gay, H Crebolder, J Heyrman, I Svab, P Ram - Wonca Europe, **2002**

60**.** Derame G, El Kouri D, Hamidou M, Carre E, Potel G. Les passages non justifiés au service d'accueil urgences : proposition d'une offre de soins différenciée. *Press Med* 2004 ; 33 : 780-3.

61**.** Mazière S, Lanièce I, Hadri N, Bioteau C, Millet C, Couturier P, *et al*. Facteurs prédictifs du déclin fonctionnel de la personne âgée après une hospitalisation en court séjour gériatrique : importance de l'évolution fonctionnelle récente. *Press Med* 2011 ; 40 : 101-10.

62 Etude FOPAS » Fragilité et hOspitalisations non programmées des Personnes AgéeS [Internet]. [cité 17 aout 2017]. Disponible sur: http://etudefopas.fr/

IX - ANNEXES

9.1 Questionnaire

9.2 Retranscriptions

9.3 MMSE

9.4 Tests de marche (*get up and go test* et test de station unipodale)

9.5 Tests statistiques

9.6 Caractéristiques de l'échantillon

9.7 Compte rendu de l' entretien dans le cadre des consultations méthodologiques du Service d'information médicale du CHU Bordeaux avec un médecin épidémiologiste (Pr Salamon)

9.1 Questionnaire

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE THESE REALISATION D'UN BILAN DE CHUTE CHEZ LES PATIENTS AGES DE PLUS DE 75 ANS EN SOIN PRIMAIRE

Bonjour mon travail de thèse à pour but d'évaluer les pratiques des médecins généralistes face aux patients chuteurs.
Pour réaliser ce questionnaire nous allons nous baser sur la dernière consultation que vous avez effectuée chez un ou une patient(e) de plus de 75ans chuteur.
Le questionnaire va s'articuler en 4 parties
Tout d'abord l'analyse du terrain et des fragilités de votre patient(e)
Puis la mise en évidence de l'élément déclencheur de la chute
Ensuite le déroulement de votre consultation
Pour terminer nous nous pencherons sur les difficultés que vous rencontrez face à la réalisation d'un bilan de chute et les solutions alternatives que vous utilisez
Nom du médecin :
Age du médecin :
Sexe du médecin : homme femme
Date d'installation :
Adresse du cabinet :

Activité : rurale urbaine

QUESTIONNAIRE PATIENT

Age du patient :
Sexe : homme femme
Présence d'aide à domicile lors de la chute : oui non ne sait pas
Présence d'aidant familial lors de la chute : oui non ne sait pas
Présence d'une tierce personne : oui non ne sait pas
Antécédents

Copie de l'ordonnance en cours :
Date de la chute :
Date de la consultation :

Présence d'aidant lors de la consultation : oui non
Durée de la consultation 5 à15 min / 15 à 30 min / plus de 30 minutes

THEME :
ETUDE DU TERRAIN

Pour vous quelles sont les fragilités de votre patient ?
par exemple

- Une perte d'autonomie récente
- Un trouble de la marche ou de l'équilibre (avez vous réalisé un test)
- Une perte de poids
- Un syndrome dépressif
- Un déclin cognitif si oui avez vous réalisé un MMS
- Une douleur (de type arthrosique
- Un environnement problématique (chaussage tapis ..)Annexe 1

……
……
……
……
……
……
……

ANNEXE 1

<u>Des facteurs prédisposant à la chute ?</u>

Une poly médication oui non
La prise d'anticoagulants oui non
La prise de psychotropes oui non
La prise de médicament cardio vasculaire (diurétiques, digoxine, anti arythmiques) oui non
Une perte d'autonomie récente oui non
Un trouble de la marche ou de l'équilibre oui non
Avez-vous réalisé un timed up and go test oui non
Avez-vous réalisé un test de station unipodal oui non
Une faiblesse musculaire oui non
Une perte de poids oui non
Des signes d'arthrose du rachis ou des Membres Inferieurs (MI) oui non
Une anomalie du pied oui non
Un trouble de la sensibilité des MI oui non
Une baisse d'acuité visuelle oui non
Un syndrome dépressif oui non
Un déclin cognitif oui non
Avez-vous réalisé un MMSE oui non

J'ai une liste d'éléments déclencheurs si cela ne vous dérange pas j'aimerai les reprendre un à un avec vous
Pourriez vous me dire celui ou ceux qui pour vous à déclencher la chute ?

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

ANNEXE 2

Des facteurs précipitants la chute

Une hyperthermie		oui		non
Un traumatisme physique récent	oui		non	
Une notion de malaise	oui		non	
Une hypotension orthostatique		oui		non
Une notion de vertige	oui		non	
Un déficit neurologique		oui		non
Un déficit sensitivomoteur	oui		non	
Une confusion mentale	oui		non	
Une hyponatrémie	oui		non	
Une hypoglycémie		oui		non
Une prise de médicaments hypoglycémiant		oui		non
Un mésusage médicamenteux	oui		non	
Une consommation excessive d'alcool	oui		non	
Examiner le lieu de vie (éclairage, encombrement, chaussage)	oui		non	
autre				

Quel examen clinique avez vous réalisé lors de votre consultation ? annexe 3

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Avez vous prescrit des examens complémentaires ? Annexe 3

……
……
……

Annexe 3

Examens cliniques et paracliniques

Un ECG	oui		non	
Un examen cardiologique complet	oui		non	
Un examen neurologique complet	oui		non	
Une glycémie capillaire		oui		non
Une pesée	oui		non	
Un IMC	oui		non	
Autre				

Examens complémentaires

Une natrémie	oui		non	
Un dosage de vitamine D	oui		non	
Une supplémentation en vitamine D		oui		non
Une NFS	oui		non	
Une HBA1C	oui		non	
Une alcoolémie	oui		non	
Une crp	oui		non	
Autre				

Pour vous quels sont les freins à la réalisation d'un bilan complet de chute en soin primaire :annexe 4

……
……
……
……
……
……..
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Annexe 4

Freins à la réalisation d'un bilan complet

Le manque de temps	oui	non
Le manque d'information	oui	non
Le refus des patients	oui	non
Le manque de matériel	oui	non
Autre		

Utilisez-vous des solutions alternatives ? annexe 5

……
……
……

Annexe 5

Solutions alternatives à la réalisation d'un bilan de chute complet en soin primaire

Evaluation par un kinésithérapeute	oui	non
Evaluation par un ergothérapeute	oui	non
Evaluation gériatrique	oui	non
Consultation cardiologique	oui	non

Autre consultation spécialisée	oui	non

Si oui laquelle

……
……

Hospitalisation programmée	oui	non
Hospitalisation de jour	oui	non
Passage aux urgences	oui	non

Autres

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Qu’avez vous mis en place suite à la chute ?

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
.

Pour conclure seriez-vous intéressé par un annuaire regroupant tous les intervenant gériatrique à votre service concernant ce bilan de chute ?

Merci de votre collaboration

9.2 Retranscriptions

ANNEXE 2

ENTRETIEN 1

Médecin homme exerçant une activité rurale a 50km de Bordeaux

Exerce en groupe

Age 70 ans

Bonjour mon travail de thèse à pour but d'évaluer les pratiques des médecins généralistes face aux patients chuteurs.
Pour réaliser ce questionnaire nous allons nous baser sur la dernière consultation que vous avez effectuée chez un ou une patient(e) de plus de 75ans chuteur.
Le questionnaire va s'articuler en 4 parties
Tout d'abord l'analyse du terrain et des fragilités de votre patient(e)
Puis la mise en évidence de l'élément déclencheur de la chute
Ensuite le déroulement de votre consultation
Pour terminer nous nous pencherons sur les difficultés que vous rencontrez face à la réalisation d'un bilan de chute et les solutions alternatives que vous utilisez
Dernier patient : chute d'une patiente, dans un contexte d'hypotension orthostatique.

D'accord.

Elle a fait un malaise au levé, mais pas au levé exactement, une patiente qui n'est pas sous anti hypertenseur, qui est simplement sous anti arythmiques, souffle systolique, donc il n'y a pas de propriété…

C'est tout ce qu'elle prend comme traitement ?

Euh, oui elle a simplement qu'un anti H1 parce qu'elle a un problème allergique.

D'accord.

Mais le problème, c'est que cette hypotension orthostatique, elle m'a finalement dit que ce n'était pas la première fois que ça lui arrivait, mais elle ne me l'avait pas signalé, alors ça ne survient pas au levé, elle a des petits vertiges au levé, et elle a déjeuné, elle a déambulé dans la cuisine, elle a fait ses petites bricoles, et sur le coup de 9h-10h du matin elle est tombée. C'est la voisine qui était pas loin, qui était avec elle je pense, qui a appelé parce qu'elle était en fait un peu dans le coaltar.
On a fait faire un bilan quand même aux urgences, ils l'ont gardée la journée. Bilan rythmique, bilan général, rien de particulier, mais par contre ils ont vu eux en raison de l'anamnèse qu'il y avait probablement une hypotension orthostatique, c'est évident, à priori, mais enfin on ne sait jamais.
Elle avait plus de 4 points de différence, ce qu'elle n'avait pas particulièrement, parce que moi quand je la voyais, elle avait toujours une tension équilibrée, des fois j'arrivais très tôt le matin, elle venait de se lever, elle avait une tension normale.
Donc une hypotension orthostatique qui entraine un vertige, un malaise. Après, ça arrive souvent chez des gens qui sont debout depuis un petit moment, donc c'est classique.)

Oui, bien sûr…

Donc elle est rentrée chez elle, je lui ai dit ce traitement qui se prennent entre eux, sont les bas de contention, les collants de contention, que vous mettez avant de vous lever, ou rapidement puis on va voir ce que ça donne.

D'accord.

Ça c'est le dernier, ça remonte à la semaine dernière.

Elle a quelle âge cette patiente ?

C’est une femme qui a 82 ans.

Donc à part l’arythmie, elle n’a aucun autre antécédent notable ?

Ce n’est pas une arythmie grave, ce sont des extrasystoles ventriculaires, assez fréquentes, qui étaient casse pied… je lui ai fait faire un bilan holter, les cardiologues font des holters, ça n’avait révélé uniquement des troubles rythmiques sans fibrillation, sans arythmie grave, simplement on a préféré la maintenir sous Flecaine parce que ça marchait.

Vous l’avez vu le jour même, il y avait sa voisine pendant la consultation ?

Oui sa voisine était là, on a fait venir les pompiers parce que c’était compliqué d’avoir une ambulance, donc les pompiers l’ont amenée aux urgences pour un bilan.

D’accord. Au niveau des fragilités de la patiente, il y avait une perte d’autonomie récente ?

Non c’est une femme qui conduit, qui est très vive, une bonne pêche. Non rien du tout ! C’est pour ça d’ailleurs que c’était difficile d’y aller car elle avait considéré que ses petits problèmes c’était rien du tout.

Donc l’élément déclencheur, c’est une hypotension orthostatique.
En général, quand vous arrivez chez un patient qui a chuté, vous cherchez une hyperthermie ?

Oui, oui on peut. On fait un bilan quand même général.

Voilà, vous demandez s’il y a une chute récente, ou une notion de traumatisme ?

Une notion de traumatisme bien sûr.

Oui, malaise ?

Oui, ou alors l’anamnèse c’est çà… Bon là, il s’agit de gens que l’on connait très bien mais la preuve, c’est qu’ils ne disent pas tout. Et sinon en principe ce sont des gens qui sont assez bien connus de nous, ce sont des patients qu’on voit très régulièrement, on connait leur traitement, les facteurs de risques du traitement lui-même, parce que dans l’hypotension orthostatique, quand on a un béta bloquant , un IEC…

Oui c’est sûr…

Une quadrithérapie, parce que pour avoir des chiffres en fonction de l’âge, parce qu’on est chez des gens qui sont quand même à plus de 75 ans.
Donc on essaye d’avoir des tensions qui sont correctes. On ne cherche pas la perfection.

Au niveau de l’examen clinique, vous faites un électrocardiogramme ?

Oui c’est systématique, j’ai 3 appareils. J’ai un appareil conventionnel tri piste, depuis 1973 que je l’ai d’ailleurs, je l’ai changé une fois, donc ça prouve que ça marche bien.
J’en ai fait beaucoup, parce que j’étais installé, les 10 premières années de ma carrière, c’était de la médecine historique en Charente du Nord. En plus, j’ai une formation cardio, on avait pas d’internat obligatoire, donc je ne voulais pas faire de l’internat, et j’avais fait cardio.
J’ai fait 2 ans de cardio, et puis le médecin que je remplaçais en Charente qui était jeune, il avait 57 ans, il était malade, c’était un alcoolique, tabagique qui était maire du pays, il a laissé sa patientèle pour prendre un poste de médecin du travail, et donc sa femme m’a appelé, en me demandant si je connaissais quelqu’un, et puis moi ça m’intéressait des remplacements là-bas, de toute façon je ne voulais pas faire cardiologue, je voulais faire de la médecine générale.
Se spécialiser c’est fait pour certaines personnes, mais pas pour moi. Je ne peux pas laisser la neuro, la psychiatrie, non, il y a trop de choses.
Et là-bas on faisait tout, les accouchements à domicile, c’était de la médecine que vous ne connaitrez peut-être qu’en Afrique si vous y allez ou dans les pays non européens…

D’accord.

J’ai un peu tout fait.

Oui donc les ECG ça ne vous pose aucun souci ?

Oui, je faisais mes œsophagiennes, je faisais tout. Il n'y avait que 2 cardiologues à Angoulême. Vous imaginez maintenant l'Hôpital de Girac, j'ai connu la construction du nouvel l'Hôpital de Girac dans les années 70 par la… Avec le SAMU où j'ai travaillé, en plus quand je n'étais pas de garde. On travaillait jour et nuit là-bas, à l'époque. Mon record c'est 4 nuits dans une semaine normale.
Imaginez ce que c'était…

Oui ça fait beaucoup…

Donc on avait quand même une grosse expérience de l'urgence, les OAP, je n'ai jamais perdu un OAP, quel que soit le trouble du rythme, valvulopathie, et il y en a qui sont morts après, des fois à l'Hôpital, mais ils sont tous partis vivants. Il y a des trucs qu'il faut connaître, on n'avait pas des moyens énormes, il fallait aller vite, c'était chouette !On se sentait utile.
Maintenant, les gens sont tellement bien équilibrés sur le plan rythmique, des accidents cardiaques.
Maintenant les gens ils vivent presque normalement alors qu'il auraient étés en insuffisance cardiaque terminale il y a 30 ans .Et je ne parle même pas des dilatations coronariennes, des stents, qui ont modifiés la cardiologie c'est quand même la discipline qui a le plus progressé, à l'époque moi j'avais tenté cardio parce qu'on faisait un ECG, un « phono », on avait une radioscopie, on faisait un orthodiagramme pour voir si le cœur était gros ou pas gros…

Oui une cardiomégalie

Maintenant ils calculent les pressions des diastoliques, pulmonaires… Ils font du blabla… Ça ne m'intéresserait pas plus, non c'est de la technique, ce n'est pas de la sémiologie.

Oui c'est très spécialisé quand même.

C'est très spécialisé, ce sont des mathématiques, ce n'est pas très intéressant. Mais ils ont un rôle important.

Vous faites un dextro systématique ? Chez les patients diabétiques uniquement ?

Alors oui ça dépend, si la personne a déjeuné ou pas, ça dépend du contexte. De toute façon j'ai 3 ou 4 appareils dans mon sac de façon à être sûr d'en avoir un qui marche.
Ah oui pour les appareils, j'ai deux cardioscop qui enregistrent, avec trois électrodes. Donc ça j'en ai deux dans mon sac et puis j'ai un appareil electro que j'amène ou pas parce qu'il est plus encombrant, celui qui est tri pistes, bon je l'ai souvent, pas toujours parce que déjà, si on veut voir s'il y a un trouble rythmique, avec 3 dérivations, D1 D2 D3, AVF, on voit…

Vous avez un poids récent sur vos patients âgés ? En général c'est quelque chose que vous suivez ?

Oui on surveille… on surveille mais avec l'idée que c'est une surveillance et ça ne sert pas à grand-chose. Quand ils sont maigres ils restent maigres, quand il sont gros ils restent gros , on ne peut pas les faire changer de catégorie.

Est-ce que sur vos patients chuteurs vous prescrivez des bilans sanguins, en général ?

Alors oui, bilan sanguin, echo-doppler assez systématique, il faut toujours se méfier d'un vol sous clavier, des trucs très classiques.
Je me souviens dans les années 70, j'avais un patient, Mr B, il avait toujours des malaises, mal à la tête, des mouches volantes et son fils me fait venir. J'étais installé juste depuis quelques temps.
Il me dit Docteur, je trouve 13/7, quand même il n'est pas bien.
Bon je prends la tension, moi j'ai toujours pris aux deux bras, les internes ils sont obligés de prendre aux deux bras.
Il avait 13/7 à gauche, mais il avait 22/14 à droite. Vous voyez ce que je veux dire ?
Il avait environ 80 ans mais on a fait un traitement anti hypertenseur.

A l'époque dont je vous parle, il n'y avait pas de scanner, pas d'echo doppler, ni de doppler, il n'y avait pas d'échographie.
Donc c'était simplement un problème de diagnostic. Il faut savoir quand même que cet homme-là n'avait pas une tension normale, qu'il fallait lui faire baisser sa tension.
On ne pouvait rien faire à cet âge-là. Mais maintenant on aurait fait quelque chose, peut-être qu'à 85 ans. Et il est mort 3 ou 4 ans après, il n'est pas mort de ça, mais bon maintenant on fait la TSA, surtout consultation cardiologique systématique, en demandant un holter systématique.
Alors là j'ai deux ou trois exemples précis, dont un qui est assez fréquent, une femme qui a chuté 2 ou 3 fois, en disant qu'elle s'est pris le pied dans le tapis, alors elle arrive à la consultation avec un bleu, j'ai fait un électro, qui était normal, il n'y avait pas de Wolf, pas de bloc, PR normal, pas d'hémi bloc antérieur/postérieur, rien, ce n'était pas claire…
Donc je l'envoie en cardiologie , à Langon en lui disant que ça serait bien de faire peut-être un bilan un peu plus poussé.Un holter déjà, alors des fois sur les holter il n'y a rien, le nombre de fibrillation, de flutter que j'ai trouvé moi, parce que j'avais mon appareil ce jour-là.
Et donc on fait un bilan, et sur le holter il avait un petit truc.
Et donc elle est allée au plus rapide, à l'époque c'était Saint augustin, ils ont mis en évidence une toute petite défaillance, il y avait un petit retard donc ils ont dit : « laissez le problème », ça doit remonter à 5/6 ans, ce sont des trucs très typiques. Mais plusieurs fois j'ai eu des cas comme ça, des gens qui tombent en disant…

Oui ils vous disent que c'est mécanique, donc vous lancez forcément un bilan…

Ils essayent de minimiser. Il y a quelques secondes, et puis on tombe, on se lève, on a mal aux genoux et puis on se casse quelque chose et voilà.
Je crois que c'est peut-être dans les causes des chutes inopinées comme ça, c'est l'une des grandes causes.

Oui le trouble du rythme…

Oui exactement.

Vous n'avez pas l'impression d'être gêné par le fait d'être libéral pour réaliser ces bilans de chute ?

Non, au contraire.

Ni par le manque de temps, ou le refus des patients, rien de particulier ?

Non, non les gens sont tout à fait compréhensifs, vous leurs dites d'aller faire une consultation cardio, pas de problème, et puis ensuite quand on leur dit que c'est peut-être une anomalie rythmique, quelle qu'elle soit, parce là l'éventail est grand, ils sont d'accord. Je n'ai jamais eu de soucis…
Si une mamie qui se mettait en BAV assez régulièrement, elle avait 88 ans, puisqu'elle avait à l'époque, elle a toujours d'ailleurs l'âge de ma mère, sauf qu'elle faisait des troubles rythmiques avec OAP, sub-oedème, on la mettait tout de suite sous traitement de charge par Cordarone, et 1h après je repassais entre 2 visites, elle était stabilisée.
Elle a toujours refusé d'avoir un pace maker, et actuellement, elle a toujours l'âge de ma mère, elle a 93 ans et elle est hémiplégique dans une maison de retraite parce qu'elle a fait un trouble du rythme, genre maladie rythmique auriculaire, un truc comme ça, mais elle n'a jamais voulu, « j'ai l'âge de mourir », j'ai dit « ok », mais c est difficile…

Est-ce que vous avez tendance à utiliser des consultations gériatriques pour les bilans de chutes ?

Très peu, parce que je suis moi-même gériatre, j'ai fait partie des premières professions en 76. C'est pour ça d'ailleurs qu'il y a 20 ans je me suis associé à Catherine parce qu'elle faisait de la pédiatrie…. J'ai vieilli avec les patients moi. La pédiatrie vous verrez, on vieilli avec ses patients, et encore là vous êtes une femme donc ce n'est pas le même rapport

humain, j'ai connu l'époque où il n'y avait pas de femme médecin, elles sont arrivées dans les années 85 à peu près, et on faisait tout, de la gyneco… on était équipés, j'avais un colopscope, j'avais tout là-bas, « on mettait du lugol», on faisait les biopsies, à part, comme des collègues, qui étaient de la cinquantaine quand moi j'en avais 30, qui eux faisaient même les avortements quand il y avait les fausses couches, les trucs comme ça… ils finissaient, leur femme mettaient un coup de chloroforme et des trucs qu'on imagine plus maintenant…
Mais en Charente du Nord à l'époque, qui était pratiquement un laboratoire d'études, c'était comme ça…
On faisait des accouchements à domicile, j'avais réussi à faire venir ensuite les femmes dans les cliniques, il y avait St Marie, Angoulême, La Roche Foucault il n'y avait ni clinique, ni médecin, ni anesthésistes, il y avait à Ruffec, un petit Hôpital pourri à l'époque, mais il y avait une sage-femme, un petit service de médecine, où c'était des médecins généralistes qui s'occupaient de tout. Il n'y avait pas de médecin comme maintenant.
Il y avait une jeune patiente qui est de Martinique, qui vient un soir pour une appendicite vraiment aiguë, avec une défense monstrueuse, le seul médecin là-bas à l'Hôpital Confolens qui etait en ancien chef de clinique de chirurgie de Bordeaux, et sa femme était infirmière anesthésiste. J'étais en remplacement, je vais le soir à la consultation avec lui à l'Hôpital, il me dit « il sera temps demain matin », pourtant elle avait une défense.
Le lendemain matin donc on l'endort, il l'incise, jet au plafond, c'était sous pression, c'est sorti, et puis il a dit on va la mettre d'antibio et voilà c'était comme ça à l'époque.
C'était il y a très longtemps, et maintenant ça ne se fait plus, Dieu merci !

Est-ce que vous avez recours aux ergothérapeutes ?

Alors ergothérapie, attention dans quel but ?

Dans le but de réadapter le domicile, par exemple chez un patient chuteur qui peut….

Oui alors là ce sont des kinés qui le font ça.

D'accord.

Ben pour une raison simple, c'est que l'ergothérapie n'est pas prise en charge alors que la kinésithérapie oui. J'ai conscience des limites des kinés à domicile, ils vont souvent très très vite, mais on n'a qu'eux pratiquement, l'ergothérapie on n'a pas ce qu'il faut et surtout c'est dommage d'ailleurs mais il n'y a pas de prise en charge.

Les hospitalisations programmées pour bilan de chute c'est quelque chose que vous faites ? En gériatrie, ou peut-être à Langon ?

Alors ça peut se faire, mais c'est inutile. Je prends les rendez-vous et on fait le bilan en externe. Eventuellement on peut prendre une consultation quand on a trouvé le truc, on prend on consultation spécialisée éventuellement, mais aucun service actuellement ne prendra ce type de patient, ce n'est pas facile, parce que ce sont des lits occupés, pour pas grand-chose en fait.
Un holter ça peut se faire en externe, ils vont faire des recherches d'hypotension orthostatique, mais on le fait ici, on le fait tous.
J'avais un papi israélien, il était allongé, il était à 14, je regardais comment il se levé et je le retenais il était à 4. Le fait de passer de la position allongée pour la tension, il se relevé il descendait, il perdait 15 points et ce qui marche encore le mieux, ce sont finalement les collants, même si c'est neuro, tout ce qu'on veut, non rien ne marche.

Après les chutes, vous mettez quoi en place en général ? De la kinésithérapie ?

Alors tout dépend de l'origine de la chute, alors une des chutes que l'on n'a pas abordé, ce sont les chutes nocturnes.
J'ai eu un cas il n'y a pas longtemps, alors ça c'est le cas le plus typique chez l'homme et chez la femme, des gens qui sont sous traitement anti hypertenseur, anti arythmique…
Ils sont couchés, donc tension en général… au niveau vagal, très détendus… Ils ont envie d'uriner, ils se lèvent, ils urinent, et quand ils se relèvent ils tombent.
Phénomène, d'hypotension orthostatique, plus dépression abdominale plutôt classique, quand ils vous disent « je suis tombé cette nuit… », quand on était appelé la nuit on voyait souvent les gens qui étaient à 3m des toilettes, ça arrive aussi.
Ce mécanisme, on a vite fait de le comprendre, puisqu'on le redoute, on dit toujours aux gens « asseyez-vous d'abord… », quelqu'un qui est endormi et qui va aux toilettes c'est imparable.

Téléalarmes et tout ça, vous faites aussi ?

Oui, oui. Il y en a qui ont ça, bien sûr.

Vous avez recours à des assistantes sociales, ou s'il y a besoin d'augmenter les aides, c'est plutôt vous qui lancez tout ça ?

Oui, on lance ça avec la Mairie, on téléphone à la MSA, ils ont la présence verte.
J'ai tellement eu l'habitude que ça ne pose pas de problème, le maintien à domicile des gens quel que soit leur état, pour moi au contraire, c'est plus riche dans ce métier.
J'ai beaucoup de gens âgés, j'ai beaucoup de visites à domicile, donc on voit comment ça se passe chez eux, comment ils vivent, quelles sont les responsabilités…
Un cas récent, une femme qui est veuve depuis un an, sa fille me dit « maman n'est pas bien, elle est ralentie, elle est gonflée », elle avait des antécédents de thyroïdectomie, elle a une insuffisance aortique assez importante.
Et elle me dit « je vous l'amène », tableau typique de myxœdème, on n'en voit pas beaucoup.
Sa fille dit « je ne veux pas l'hospitaliser, je me débrouillerai etc. », je lui dis « vous savez un myxœdème ça va se traiter sur plusieurs semaines, on va augmenter, on va commencer avec 12microgrammes pendant 1 semaine, 5 microgrammes etc., béta bloquant, IDE matin et soir…
Et après 3 ou 4 jours après la fille comprend, qu'elle a une insuffisance cardiaque débutante, et me demande de l'hospitaliser.
Et en médecine, 1 semaine après, le médecin appelle la fille et lui dit « elle est sortante », 85 ans !
En plus elle est tombée. Elle était « akinetique », myxœdème historique !

C'était un jour où il y avait plein de travail, j'avais des urgences aussi dans la journée, alors j'ai eu le cardio au téléphone, en disant : « monsieur, bon voilà cette femme est sortante, envoyez là, ça fait une semaine de médecine », il me dit « pour son hypothyroïdie »,
Je dis « non, ce n'est pas une hypothyroïdie, c'est un myxœdème ! » (C'est-à-dire qu'on rentre dans la catégorie supérieure quand même).
Il me dit « oui mais elle est sortante etc. », comme je n'avais pas eu le temps de téléphoner, j'envoie un fax etc, et on trouve avec la fille un service de soin de suite.
Parce que cet abruti, il nous dit « aucun SSR du coin ne la prendra parce qu'elle n'a pas besoin de rééducation. »
Je lui dis « SSR » ne signifie pas rééducation parce qu'il y a une fracture. C'est une femme qui a besoin de réapprendre à marcher, d'être surveiller, d'augmenter son traitement progressivement…
Et finalement, c'était le mardi, j'étais avec mon interne, j'avais prévu d'y aller en fin de matinée et le SSR de Bordeaux m'appelle, en me disant qu'il était OK et qu'ils avaient même reçu le dossier de l'Hôpital. Ce qui signifie que quand même en douce, ils se sentaient un peu « peuno ».
Voilà un cas de chute rare ! Chute par déficiente musculo et tout ce qu'on veut.

C'est ça, c'est intéressant…

C'est pour dire que tout arrive dans la vie.
Les cas de chute, c'est la recherche du trouble du rythme cardiaque, après ce sont des gens qui ont des pathologies neurologiques, Parkinson, qui ont des séquelles, ils sont souvent en maison de retraite, ils ont une petite baisse de la vigilance, baisse des fonctions cognitives, et quand ils se lèvent ils tombent…
A la maison de retraite à Langon, c'est au bout de 2 ou 3 hospitalisations de nuit qu'ils ont fait un scanner et qu'ils ont trouvé un sous dural, parce que la patiente tombait très souvent dans la journée ou la nuit (ça se passait souvent la nuit) . Donc l'hôpital comme l'hôpital est à 500m, donc ils appelaient une ambulance, et au bilan ils ne trouvaient rien…
Elle était bien, elle parlait etc., et au 3ème coup, on a dit on va lui faire quand même un scanner, ils ont réveillé un radiologue, il n'était pas très content, et il y avait un sous dural qui remontait à certainement à quelques semaines.
Là c'était la cause neurologique.
Maintenant on a plus de problèmes pour les causes artérielles, troncs supra-aortiques, parce qu'on fait un écho doppler très rapidement, si c'est arrivé en tournant la tête, en levant les bras. On peut faire la recherche, l'hypotension orthostatique, les manifestations vertigineuses, les vertiges bénins, « paroxitique », qui ne durent pas très longtemps mais qui entrainent des chutes.
Les plus compliqués sont les petits trucs cardiaques où tout est normal, à l'ECG il n'y a rien de particulier…. Holter parfois normal…

Merci beaucoup d'avoir participer à mon travail de thèse
FIN

ENTRETIEN 2

Médecin homme exerçant une activité urbaine a 10 km de Bordeaux

Exerce en groupe

Age 42 ans

Bonjour mon travail de thèse à pour but d'évaluer les pratiques des médecins généralistes face aux patients chuteurs. Pour réaliser ce questionnaire nous allons nous baser sur la dernière consultation que vous avez effectuée chez un ou une patient(e) de plus de 75ans chuteur. Le questionnaire va s'articuler en 4 parties Tout d'abord l'analyse du terrain et des fragilités de votre patient(e) Puis la mise en évidence de l'élément déclencheur de la chute Ensuite le déroulement de votre consultation Pour terminer nous nous pencherons sur les difficultés que vous rencontrez face à la réalisation d'un bilan de chute et les solutions alternatives que vous utilisez. Donc sur votre dernière consultation, chez un patient chuteur de plus de 75 ans, vous avez un exemple en tête ?
J'en ai plein, je suis médecin coordonnateur en EHPAD, c'est pour ça que vous me voyez réfléchir. Mes dossiers je ne les ai pas là mais je peux…
Oui de tête, voilà on commence sur un cas et après on élargit sur ce que vous faites en général. Ce serait un homme ou une femme ?
Un homme.
Il a quel âge ?
88 ans
Il a chuté à l'EHPAD ?
Oui
Donc il n'y avait pas d'aidant, il était seul pendant la chute ?
Oui
Ses antécédents ?
Alors ce patient-là, il a fait un infarctus, il a une démence, il est en unité protégé et un diabète.
Son traitement ?
Il a de la METFORMINE, il n'a plus de neuroleptique depuis, mais vous voulez savoir ce qu'il avait avant ?
Au moment de la chute.
Il avait du RISPERDAL, il doit avoir aussi du XANAX.
Entre le moment où il a chuté et le moment où vous l'avez vu ? Au niveau du délais il y a eu combien de temps ?
J'étais là, c'était le jour où j'étais là. C'était mardi dernier.
Immédiat. Et la consultation a duré : De 5 à 15min 15 à 30 min Plus de 30min ?
Ah non, ça a duré… Je suis resté avec lui une vingtaine de minutes.
Au niveau du terrain il y a une perte d'autonomie récente chez ce patient ?
Ah non elle n'est pas récente !

D’accord c’est progressif…
C’est une démence.
Troubles de la marche ?
Oui
Une perte de poids ?
Non
Un syndrome dépressif ?
Compliqué à dire.
Et du coup vous concernant le déclin cognitif Vous avez un MMS de base ?
Euh je l’ai vu ce matin, donc son MMS il est à 16.
D’accord. Des douleurs de types arthrosiques diffusent ? il se plaint ou pas ?
Non
Donc il n’y a pas d’environnement problématique puisqu’il est en EHPAD. Si on élargit un peu, en général face à un patient chuteur, dans votre interrogatoire, vous cherchez une hyperthermie ?
Oui
Un traumatisme physique récent ?
Oui
Une notion de malaise ?
Oui bien sûr.
Une hypotension orthostatique ?
En systématique, à chaque fois oui
Une notion de vertiges ?
Oui
Un déficit neurologique ?
Bien sûr.
Une confusion ?
Ben oui, ça va de soi.
Une hypoglycémie, vous faites un dextro à tous les patients chuteurs ?
Oui
Une prise de médicament hypoglycémiant, vous connaissez déjà… Un mésusage médicamenteux ? (Quand c’est eux qui préparent les prennent leurs médicaments)
Oui oui
Une consommation excessive d’alcool ?
On le méconnait ça, je ne peux pas vous dire que c’est une question que je vais poser… Mais souvent c’est une méconnaissance. J’en ai une autre, elle n’est pas bien, évidement elle venait de boire la bouteille de Whisky sauf qu’on ne le savait pas, elle ne le dit pas…. Et puis les personnes âgées on ne s’occupe pas de l’alcool, on devrait s’en occuper, il y en a quelques-uns qui boivent.
En fait oui, soit que c’est connu ou…
Ils quittent leur anxiété avec ça en plus.
Oui de plus en plus je pense ; Et le lieu de vie, vous regardez une peu le chaussage, l’encombrement ?
Oui bien sûr.
Au niveau de vos examens cliniques, est ce que vous allez réaliser un ECG ?
Non
Un examen cardio et neuro ?
Oui

Une glycémie capillaire ?

Oui

Et vous avez un poids et une IMC pour vos patients ?

Oui

Vous avez tendance à faire un bilan biologique chez les patients chuteurs ?

Oui

Avec un iono ?

Oui

La vitamine D, vous supplémentez, vous dosez ?

Supplémente, parce qu'on ne dose plus. Vous êtes au courant ?

Oui je sais les recommandations ont changées.

oui on nous dit, supplémentez, arrêtez de les doser de toute façon ils sont déficitaires .

Une NFS ?

Oui

Une hémoglobine glyquée ?

S'ils sont diabétiques.
Ça dépend de quand est la dernière. Moi l'hémoglobine glyquée je ne la fait que tous les 3 mois, donc si j'ai un chuteur, je ne vais pas refaire une hémoglobine glyquée si elle date d'il y a un mois.
Donc je ne le fais pas en systématique, je fais une glycémie, mais pas forcément une hémoglobine glyquée sauf si elle est plus de 3 mois.

D'accord. Une CRP ?

Oui

Oui alcoolémie ?

Non

Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous demandez particulièrement sur un bilan ?

On va avoir les ECBU qui vont arriver très vite. L'ECBU est assez fréquemment fait.

Bien sûr.
Est qu'en tant que médecin généraliste vous avez l'impression de rencontrer des freins à la réalisation d'un bilan de chute en médecine générale ?

Alors bilan de chute ce n'est pas que ça, évidement oui, pour faire le reste après en médecine libérale, la problématique c'est :
« Très bien mais il faut les déplacer », à partir du moment où l'on doit les déplacer c'est compliqué.
Donc on a des freins de déplacement.

Déplacement des patients, d'accord. Pas de manque de temps, de refus des patients… ?

Par exemple vous avez un patient chuteur, en EHPAD, dément, on va faire des choses sans faire des bilans plus poussés, parce que c'est trop compliqué à faire.
Voilà ce sont ces freins-là, problème de déplacement et d'environnement, troubles cognitifs qui peuvent nous empêcher de pousser les investigations plus en avant.
Après la question, c'est est ce qu'il faut réellement pousser une investigation plus en avant, parce que souvent les causes de chutes sont des raisons simples, qui peuvent nous donner des solutions simples. Encore faut-il les chercher.
C'est ce que je veux dire par là, le bilan de chute d'un patient jeune, on va aller faire des choses compliquées, mais est ce que j'ai besoin d'une IRM, d'un scanner dans la seconde ?
Je parle des bilans où l'on va chercher beaucoup plus loin, si on a une négativité de tout ce qu'on a ressorti, il faut se poser la question de savoir : « est-ce que je dois vraiment aller chercher autre chose en sachant que dans 95% des cas on trouve les causes avec tout ce qu'on a fait là ?

Si dans les 5% on n'en trouve pas, qu'est-ce qu'on fait chez les patients extrêmement dépendants et surtout déments ?
Bon comme toujours en gériatrie de toute façon il faut être très raisonné.

Pas de manque de temps, de refus des patients ? ou d'information, de matériel ?

Le manque de temps peut poser problème. Pas quand je suis coordonnateur, mais dans la médecine générale parfois le manque de temps ça peut poser problème pour le faire moi-même.

Le manque d'information ?

Alors en EHPAD je n'en ai pas, mais ici oui.

Le refus des patients ?

Dans les investigations supplémentaires, oui ça peut poser problème.

Et le manque de matériel ?

Non, pour ça je n'ai pas besoin. Je n'ai pas de problème avec le matériel. On a tout ce qu'il faut avec nous pour faire le bilan de base.

D'accord. Est-ce que vous avez tendance à utiliser des solutions alternatives, par exemple une consultation spécialisée ?

Oui, la consultation spécialisée m'intéressera, si je ne trouve pas de solution, oui.

Vous l'envoyez chez qui ? Cardio ?

On parle de sujet âgé chuteur ? C'est-à-dire que j'ai un patient que je suis à la maison, qui tout d'un coup se met à chuter, je vais vouloir faire une évaluation gériatrique.

D'accord, vous, vous utilisez la consultation gériatrique dédiée.

Oui parce que ça va être l'élément qui va me permettre de pouvoir balancer une évaluation beaucoup plus globale et pas de m'intéresser qu'à la chute.

Je suis d'accord.

Voilà c'est ça qui m'intéresse, c'est l'évaluation.

Très très peu de médecin le font, là je dois être à 17 questionnaires et vous êtes le premier.

En fait ce que je veux c'est une consultation gériatrique, c'est-à-dire standardisée. Pour une consultation gériatrique standardisée il me faut plein de tests. Les tests en EHPAD tout le monde les fait pas. Nous avons le grand projet de faire les EGS à tout le monde, parce que ça me permet de faire un bilan complet de l'état du patient de manière complète, ce qui me permet de pouvoir faire des préconisations, et vraiment adapter les PAP.
Et sans ces EGS, je suis toujours un peu dubitatif. On fait une partie, on ne fait pas tout, les EGS ça permet de pouvoir poser les problèmes.
Les EGS sont faits en consultation gériatrique puisque c'est quand même leur grand truc, ils font ça de manière globale et ils préconisent derrière.
Si on pouvait reproduire ce genre de chose en EHPAD ce serait un grand bonheur, parce qu'en EHPAD ils ne vont pas en consultation gériatrique.

Oui c'est le problème…

Ce n'est pas le problème, c'est que ce n'est pas l'objet.
La consultation gériatrique elle a déjà bien assez à faire avec tous les patients qui sont à la maison.
En EHPAD ils sont quand même entourés, donc même s'il n'y a pas eu d'EGS, ils sont pas laissés dans leur pipi, quand ils chutent on regarde. Il y a quand même des évaluations, mais ça permettrait de reposer les choses, puisqu'en EHPAD par définition, en fait on fait pas mal de chose, il y a des choses qui ne sont pas toujours faites, ça dépend de l'état de chacun, et de l'organisation.
Puisque faire l'EGS implique de faire toutes les missions du médecin coordinateur. Par définition on va toucher à tout, aux médicaments etc. tout d'un coup on voit se lister derrière toutes les missions de médecin coordonnateur qui sont au nombre de 13. Et il est idiot de vouloir faire qu'une seule des missions. Oui donc la consultation gériatrique c'est

celle qui est la plus intéressante, et les médecins généralistes n'ont pas forcément envie d'avoir recourt à la consultation gériatrique, il y a une raison à ça, c'est qu'on a des délais qui sont faramineux.
Donc régler le problème de chute en disant je vais faire l'évaluation gériatrique, non. On règle le problème de chute par des tests simples, mais c'est l'occasion de demander l'évaluation gériatrique parce que s'il n'était pas chuteur et qu'il le devient c'est qu'il y a quelque chose qui ne roule pas et que si je ne suis pas complétement en maîtrise même si je fais les choses, il est possible que l'on puisse arriver à des tas d'autres choses qui nous permettrons de pouvoir arriver à les prendre en charge. Mais je suis très déformé moi par rapport à beaucoup de gens, parce que je passe beaucoup de temps à essayer de réfléchir. Disons, je suis médecin, je ne suis pas gériatre mais je suis médecin coordonnateur et donc à partir de ce moment-là, les problématiques sont des choses qu'il faut qu'on arrive à remettre, si on veut faire du bien à nos gens âgés il ne suffit pas de faire des choses compliquées, il s'agit de poser les bons problèmes, les bonnes questions et d'avoir les bonnes réponses qui peuvent être l'absence de réponse. On est bien d'accord ?
Ça, ce n'est pas facile à faire en cabinet de médecin généraliste on a des temps relativement limités et on n'est pas forcement formé à la gériatrie, on fait de la gériatrie par nécessité, pas forcément par envie. Ce qui ne veut pas dire qu'on aime pas nos vieux !
On aime beaucoup les personnes âgées ce n'est pas le problème, mais dès que la grande dépendance arrive, on est super gêné, parce qu'ils nous appellent sans arrêt, et que l'on sait que l'on ne donne pas les réponses, et que l'idée c'est de les mettre en EHPAD, mais quand ils ne veulent pas y aller et qu'on se retrouve confronté à ça, on peut se dire… ben écoutez maintenant… (il y a trente-six mille façon), « je ne vous suis plus, si vous n'allez plus en EHPAD , mais en même temps je ne vous suivrez pas si vous allez en EHPAD parce que je ne vais pas forcement vous suivre… » donc c'est un vrai bordel, qu'il est compliqué de gérer, et l'évaluation gériatrique standardisée nous aiderait à les maintenir comme on peut à la maison mais de manière raisonnée. Et qu'on n'est pas tous au fait de ce que fait la MAIA, les ergothérapeutes, les médecins ne savent pas ce que c'est, les psychomotriciens encore moins.
Il y a pleins de choses qui peuvent être faites à la maison, il y a des choses qui sont organisées, il y a quand même un plan Alzheimer qui existe, qui est fait pour ça, avec tout le reste de « l'esprima » etc., qui sont super intéressantes, encore faut-il y accéder, et eux ils ne savent pas qu'ils existent si je ne leur dis pas.

Oui c'est le problème.

Et donc on devrait arriver à ce qu'il faudrait à mon avis cest pas qu'il nous informe pas, on ne le dit pas, c'est parce qu'on a tellement de choses à dire, c'est qu'on a des informations qui nous arrivent « d'esprima » etc. mais on n'est pas familiarisé avec ce genre de chose, il faudrait en fait viser la formation des médecins généralistes sur le modèle gériatrique pour leur expliquer tout ça de manière claire, et leur dire que ça ne va pas leur prendre plus de temps, ça va surtout les aider justement à rendre du temps qui soit intéressant pour eux.
Et c'est en ça que c'est bien. Alors après demander une consultation mémoire, vous l'avez dans 6 mois !
On l'a dans 6 mois, ce que l'on peut comprendre, après en fonction de l'urgence ils le font…
Mais en attendant vous avez votre patient dément qui pose problème, qui vous appelle tous les jours ou tous les deux jours , donc il faut arriver à trouver des solutions. On arrive à les trouver, il manque beaucoup de choses.

Vous évaluez directement par un kiné, est ce que vous vous adressez à un kiné pour le bilan de chute ?

Oui, c'est trop déformé par rapport à ça, j'ai tellement l'habitude de fonctionner en dehors de ce genre de truc bien évidement, en EHPAD dans la seconde qui suit il y a un bilan qui est fait, forcément.
Là au cabinet, je suis déformé par rapport à ça, c'est-à-dire que quand je vois arriver les problèmes à la maison, je vais faire mon bilan de chute et je vais avoir la consultation, et il y a l'EHPAD qui va arriver si ça pose problème.
Mais bien évidement, il faut faire un bilan kiné, c'est fondamental.

L'ergothérapeute ?

Ah ben si on peut, tant mieux. Mais bon moi je peux à l'EHPAD donc ça va.

Après, les consultations spécialisées, cardio, neuro… ?

En fonction du contexte.

L'hospitalisation programmée ?

Pour faire un bilan de chute ?

Oui

Ça n'arrive pas en cabinet, en EHPAD je n'en ai pas besoin.
Ici je n'ai pas d'expérience de patient chuteur qui m'ai posé tant de problème que ça.
Si vous me demandez, est ce que moi j'aurai recourt à l'hospitalisation programmée ?
En fonction de ce que je vais avoir, et qui va me tomber dessus.
Mais je ne suis pas quelqu'un qui fait tout tout seul, je suis un médecin qui ne fait certainement pas tout tout seul, si j'ai besoin et que je n'ai pas solvé mon problème avec les bilans initiaux, il faut qu'il arrête de prendre son STILNOX à midi, des choses simples là-dessus, et que je continue à avoir des problèmes, à ce moment-là c'est parce que j'ai une problématique particulière qui nécessite des examens particuliers, et on est sur une consultation spécialisée. Par contre je n'envoie pas en consultation cardio, pneumo… je suis avec un patient âgé, je groupe et je programme une hospitalisation pour faire le point.
Ça par contre oui. Je fais plutôt comme ça.
Si je vais avoir une multitude d'examens à faire pour faire pour bilan de chute, je vais faire une hospitalisation pour regrouper. Je ne vais pas les envoyer dans tout Bordeaux, c'est trop compliqué. Et puis il n'y aura pas de lien, donc ça va être compliqué.

L'hospitalisation de jour ?

L'hospitalisation programmée, ou hospitalisation de jour pourquoi pas…

Et aux urgences ?

S'il y a un problème urgent.

Suite à la chute vous mettez en place des choses, comme par exemple la kiné, la rééducation ?

oui

Augmenter les aides ?

oui

Vous le faites vous ou vous appelez une assistante sociale ?

Une assistante sociale, je n'ai pas le temps. Chacun son boulot, les aides je sais qu'elles existent, on leur explique aux familles, vous allez voir la mairie, une assistante sociale pour pouvoir demander l' APA etc., et éventuellement je leur donne le numéro du « clic ».
Pour gérer cette partie-là, et en plus ça va m'amener d'autres choses qui arrivent derrière, puisqu'à ce moment-là les réseaux s'activent dans tous les sens. C'est très intéressant le « clic » pour ça.

La téléalarme ?

Oui

D'autres choses particulières qui vous viennent à l'esprit ?

Oui, l'arrivée des nouveaux modes de distribution des médicaments connectés.

Ce que j'ai vu moi là-dessus, c'est que par exemple à la maison, ils font de grands semainiers, ça c'est intéressant pour la prise de médicaments, c'est connecté et ça s'allume au moment où on le prend. Et on percute les opercules etc. C'est entièrement remplis par la pharmacie.

D'accord, c'est comme des pisteurs ?

C'est comme un pisteur. En tout cas c'est un exemple, mais n'importe lequel peut faciliter ces problèmes, quitte à ce que ce soit l'infirmière qui donne.

Pour conclure, est-ce que vous seriez intéressé par un annuaire regroupant les intervenant gériatriques à proximité ou est-ce que vous avez déjà vos réseaux ?

J'ai mon réseau, mais je suis toujours preneur d'autres gens que je ne connais pas et qui pourraient me prendre.
Après ce qu'il serait intéressant, et qu'on l'on voir arriver : il y a pleins de choses qui sont en cours sur les dépistages des chutes chez les patients non surveillés, alors c'est très intéressant pour les EHPAD, et c'est très intéressant pour les domiciles. Vous avez pleins de trucs qui existent, il y a des choses qui sont en développement, il y a des patchs qu'on colle et qui vous nous permettre de pouvoir repérer les chutes, il y a des caméras infrarouges qui vont avec ça, il y a pas mal de chutes qui sont très intéressantes pour les dépisteurs de chute quelconque. Alors à la maison, c'est super intéressant, quand les gens vivent encore seuls, et en EHPAD c'est encore plus intéressant parce qu'ils sont tout seul dans leur chambre et on ne peut pas être tout le temps derrière eux.
Ça c'est intéressant à condition que ce soit bien fait.

Oui et le prix aussi…

Tout ceci a un coût.

C'est ça le problème, parce que les patients à la maison sont avec des petites retraites, je vois déjà comment ils sont pour les téléalarmes…

Ils finissent en EHPAD et c'est encore plus cher.

Oui les familles sortent 2000€ ou 3000€ par mois.

Le pisteur de distribution c'est 25€ ou 30€ par mois.
Tout le reste, les intervenants ils sont pris en charge donc ça va, pas l'ergothérapeute. Mais il y a le plan Alzheimer qui les amène, ce qui fait que c'est gratuit, c'est payé par des enveloppes qui sont fournies par les organismes donc on peut arriver à ça.
Les systèmes de téléalarme, de repérage de chute, ça va couter, mais on n'arrivera pas aux 3000€ de l'ehpad et ça permet de limiter les présences humaines qui sont celles qui coûtent le plus chère, d'avoir une surveillance mutualisée et d'avoir quelqu'un qui surveille, bien sûr ça a un cout tout ça.
C'est très intéressant ces histoires-là qui vont arriver de plus en plus. Mais il ne faut pas perturber les gens, c'est-à-dire que les gens qui n'ont jamais mis de montre, ils ne vont mettre de montre tous les jours. C'est pour ça que l'histoire de patchs sont assez intéressants.
Je connais quelqu'un qui est en train de développer ça, à voir…
Il y a pleins de trucs qui vont arriver en surveillance, après il ne faut pas non plus que ça finisse comme si on était un grand big brother qui regarde tout ça !
C'est le danger d'avoir des caméras partout à la maison, reliées à internet, la problématique ce n'est pas de filmer les gens, c'est de repérer les chutes sans les filmer.

Oui des détecteurs de mouvements, des trucs comme ça… mais c'est toujours un peu…

Après à mon avis les bilans de chutes en ville sont mal fait.

Finalement, moins catastrophiques que ce que je pensais.

Non ils ne sont pas faits.

Un peu quand même…

Les grands chuteurs ne restent pas à la maison.

Oui, bon d'accord.

En fait c'est ça qui se passe. Sauf qu'on a des grands chuteurs qui sont liés à des choses qui auraient pu être évitées avant, et à partir du moment où c'est là, on ne peut plus.
Et tout d'un coup ils rentrent en EHPAD, parce qu'ils se sont mis à grandement chuter, on règle le problème, ils ne chutent plus en EHPAD, et on se dit, pourquoi on n'a pas réussi à régler le problème à la maison ?
Alors parfois c'est salvateur, ce sont des gens qu'il ne fallait pas laisser à la maison. Mais c'est vrai que c'est dommage de mettre quelqu'un en EHPAD juste parce qu'il ne sait pas prendre correctement ses médicaments.

Oui

Si à la fin on arrive à ça, on a précipité l'entrée en EHPAD, je ne suis pas persuadé que l'entrée en EHPAD est la solution pour tout. Je suis très intimement convaincu que l'entrée en EHPAD est très intéressante et très importante pour la démence, et pour la grande dépendance. Mais pour une dépendance avec des gens qui ont encore leur tête, alors oui d'accord ils ont des pertes, savoir et comprendre qu'il faut prendre ses traitements c'est compliqué. Mais ils arrivent toujours à aller dans une cuisine, à manger, à ne pas se casser la gueule toutes les 5 min, pour peu qu'on ne leur donne pas des médicaments psychoactifs pour les tenir. Et c'est ça qui nous pose problème, on a des entrées en EHPAD, ils sont ravis, ça remplit leur EHPAD, c'est très bien mais ça coute quand même les yeux de la tête, et on pourrait quand même arriver à les maintenir un peu plus longtemps à la maison, c'est quand même mieux pour un patient.
Rentrer en EHPAD, vous avez toujours vécu tout seul dans votre vie, et vous vous mettez à vivre en collectivité, on vous demande de bouffer avec tout le monde, tous les jours, c'est quand même assez particulier, à un moment de votre vie vous avez envie d'être tranquille, il faut quand même le savoir.
Je comprends moi toutes ces résistances. Et donc, QUID de la chute j'ai quand même une ribambelle de gens qui rentrent en EHPAD, qui se sont fait des fractures, des trucs comme ça parce qu'ils ont chuté, et les raisons pour une partie, c'est QUID des médocs.
Si on pouvait arriver à mieux réguler ça, on aurait une partie des gens qui ne rentreraient pas comme ça, et qu'ils ne se retrouveraient pas avec de la comorbidité pas utile. On a besoin d'avoir une sensibilisation importante des médecins, et il faut les aider parce qu'on leur demande de faire beaucoup de choses, parce que ça fait partie de notre activité.
Donc on peut être passionné par ça, comme on peut ne pas l'être.
Alors je ne suis pas plus passionné que les autres par ça, ce n'est pas ça, c'est que ça fait partie intégrante de mon activité depuis très longtemps, et autant arriver à le faire ,je ne suis pas meilleur que les autres, j'ai des patients qui chutent à la maison aussi comme les autres parce qu'il me manque encore des choses pour aider, même si je sais un peu mieux comment faire certaines choses…
Mais c'est ça qui est intéressant. L'idée c'est quand même de travailler pour retarder les entrées en EHPAD, c'est quand même ça qu'ils veulent. On est en train de revenir sur des systèmes à la maison, mais pour que ça ne coute pas trop cher. Parce que si ça coute aussi cher à la maison qu'en EHPAD….
Ça coutera toujours plus cher d'avoir quelqu'un à la maison 24h/24h, que d'être en EHPAD. Donc l'idée et d'arriver à trouver des moyens qui permettent de compenser le fait de ne pas être présent tout en ayant une sécurité relativement importante, en même temps on n'évitera pas tout.

MERCI POUR CET ENTRETIEN.

ENTRETIEN 3

Médecin femme exerçant une activité rurale a 75km de Bordeaux

Exerce seule

Age 50 ans

Bonjour mon travail de thèse à pour but d'évaluer les pratiques des médecins généralistes face aux patients chuteurs. Pour réaliser ce questionnaire nous allons nous baser sur la dernière consultation que vous avez effectuée chez un ou une patient(e) de plus de 75ans chuteur. Le questionnaire va s'articuler en 4 parties Tout d'abord l'analyse du terrain et des fragilités de votre patient(e) Puis la mise en évidence de l'élément déclencheur de la chute Ensuite le déroulement de votre consultation Pour terminer nous nous pencherons sur les difficultés que vous rencontrez face à la réalisation d'un bilan de chute et les solutions alternatives que vous utilisez Pour le questionnaire il faudrait se baser sur une dernière consultation que vous avez eu d'un patient chuteur de plus de 75 ans.
Alors c'est un patient qui est décédé depuis.
Il avait quel âge ?
Il avait 90 ans.
D'accord. Il avait chuté seul à la maison ?
Non il avait sa femme.
Son épouse… ok. Dans ses antécédents il y avait… ?
Alors un cancer de la prostate, il y avait une FA, il avait donc du PREVISCAN, et il avait des troubles de l'équilibre connus.
Donc dans son traitement : PREVISCAN ? Anti arythmique ?
Dans son traitement il avait du PREVISCAN, pas grand-chose… Non il n'y avait que du PREVISCAN.
D'accord
A ma connaissance oui, et les antiallergiques. Alors il avait fait un syndrome dépressif, on avait essayé de lui donner des antidépresseurs qu'il n'avait pas supporté, qui avaient majoré des troubles de l'équilibre.
D'accord. Entre le moment où il a chuté, et le moment où vous l'avez vu, il y a eu combien de délais à peu près ?
Une journée.
Sa femme était là pendant la consultation ?
Oui.
Et la consultation elle a durée de 5 à 15 min / 15 à 30 min ?
Non 15 à 30 min.
Au niveau des fragilités au moment de la chute il y avait une perte d'autonomie récente ?
Euh… non, il n'a jamais été dysautonome.
Troubles de l'équilibre ?
Oui.
Perte de poids ?
Oui.
Un syndrome dépressif ?
Oui.
Un déclin cognitif ?
Non, du tout.

Des douleurs arthrosiques ?

Oui.

Et à la maison, il y avait un environnement problématique avec un encombrement… ?

Pas du tout, un entourage familial, une maison adaptée, de plein pied. Puisque justement, comme il avait ses troubles de l'équilibre, c'était quelqu'un qui était très grand, 1m90, à l'époque c'était assez important, qui était très longiligne, qui avait été un grand sportif, qui était agriculteur de son métier et qui avait su adapter finalement son environnement à ses besoins.

D'accord, si on généralisait un petit plus, quand vous arrivez chez un patient de plus de 75 ans, est ce que vous cherchez systématiquement une hyperthermie ?

Une hyperthermie… alors c'est le contexte recherché, quand on arrive chez une personne âgée, le plus souvent elle est relevée. Si elle n'est pas relevée, il faut savoir pourquoi. Donc ça veut dire qu'il y a une fracture, donc ça sera plutôt la douleur qui va être le motif principal plutôt qu'une hyperthermie.

D'accord, plus la douleur.
Donc vous leur demandez s'ils sont tombés récemment ?

Exactement, s'il y a eu d'autres chutes, comment ils sont tombés, est ce qu'il y a un facteur extérieur ou est-ce que c'est survenue spontanément ?

Oui donc vous cherchez la notion de malaises, de vertiges…

Exactement.

D'hypotension orthostatique ?

Alors oui ça peut arriver ça, notamment lors de sur-traitement, ce n'était pas son cas.

Oui, le déficit sensitivomoteur ?

Oui, bien sûr.

La confusion mentale ?

Ça peut arriver.

L'hypoglycémie, vous allez avoir tendance à faire un dextro ou pas ?

Oui, évidement ça fait partie des éléments importants.

Un mésusage médicamenteux, vous leur posez la question ?

Oui, ça c'est aussi quelque chose qui faut toujours avoir en tête, mais ce n'est pas d'emblée. Autant le dextro c'est immédiat, évidement les constantes vitales, autant le mésusage médicamenteux ça va venir après à l'interrogatoire une fois stabilisé. Une fois traité.

Oui dans le bilan…
Le lieu de vie donc vous regardez aussi, la consommation excessive d'alcool ?

Alors ça ce n'est pas quelque chose a laquelle je suis très souvent confrontée, sauf pour les gens pour lesquels je suis déjà documentée. Autrement dit, chez un patient comme l'exemple qu'on a pris, là non. Ça ne va absolument pas rentrer dans mes questions.
Chez d'autres ça va être la première, voire même je n'ai même pas besoin de poser la question, parce que l'haleine va me renseigner immédiatement voire même les verres vides, ou les bouteilles vides à côté, ou les renseignements d'autres personnes.
Alors quand on ne connait pas le patient, encore une fois oui. Si je ne connais pas le patient, en garde par exemple, ou un patient que je vois pour la première fois, c'est une question que je vais poser. Mais à laquelle je ne vais pas accorder forcement beaucoup d'importance puisque je vais me fier certainement à mon examen, et non pas aux dénégations du patient qui a chuté.

Je suis d'accord. Au niveau de l'examen clinique, vous réalisez un ECG ?

Non.

Un examen cardiologique ?

Oui.

Neurologique ?

Oui.

Une glycémie capillaire, on a dit oui.

Oui.

Vous avez un poids et une IMC pour vos patients âgés ?

Oui.

Parfait. Vous allez avoir tendance dans votre bilan, par la suite à réaliser une prise de sang ?

Oui oui, examen complémentaire, fréquemment. Alors systématique ce serait abusé mais fréquemment, surtout lors d'une chute inexpliquée, avec éventuellement une anomalie sanguine, où à l'interrogatoire, une hématémèse, une rectorragie, ou chez les femmes une perte sanguine anormale… Oui ça fait partie des éléments, ou un bilan qui est ancien, qui n'a pas été vérifié depuis un certain temps.

Donc vous allez faire une natrémie, NF ?

Oui, un iono, une NF, je vais faire une glycémie, une CRP en fonction des signes généraux quand même, s'il y a de la fièvre c'est évident. Même s'il n'y en a pas d'ailleurs, ça peut arriver.

Oui. La vitamine D vous supplémentez, vous dosez ?

Alors je supplémente sur les conseils du rhumatologue correspondant. Je fais de moins en moins de 25-OH-D3, parce que…

Ce n'est plus remboursé…

Alors d'abord parce que c'est couteux effectivement, pas pour la sécurité sociale mais pour le patient. Et surtout on sait que la plupart des patients sont en carence, donc je supplémente.
Je fais ça de façon systématique, c'est efficace. Quand je vérifie, pour documenter mes dossiers parce que j'ai un doute, le plus souvent ça confirme ce que je pensais, c'est-à-dire que la carence est bien présente.

D'accord, est ce que vous avez l'impression, de rencontrer des freins à la réalisation de bilan de chute chez les patients âgés en tant que médecin généraliste ou pas ?

Non.

Pas de manque de temps, de refus des patients… ?

Non.

Pas du tout, d'accord. Est-ce que vous allez avoir tendance à utiliser des solutions alternatives ? Comme par exemple envoyer les patients chez un kiné pour le bilan de chute ?

Ah non.

Un ergothérapeute ?

Non plus.

Les consultations gériatriques pour les bilans ?

Oui.

La consultation spécialisée, cardio… ?

Oui aussi.

Neuro ?

Ça peut arriver.

D'accord, les hospitalisations programmées, c'est quelque chose que vous utilisez pour les bilans de chute ?

Non.

L'hospitalisation de jour?

Du coup non plus, ça va être une hospitalisation en urgence ou alors une référence aux spécialistes mais au temps de la consultation qui est proposée. C'est rare quand j'ai à faire,en dehors de l'urgence orthopédique évidement, à l'hospitalisation y compris aux urgences.

Oui donc vous n'envoyez pas, à part sur un traumatisme physique.

A par sur une notion d'examen qui serait modifiée.

Parfait. Après les chutes vous allez avoir tendance à mettre en place des choses comme par exemple augmenter les aides à domicile ?

Oui, absolument.

La téléalarme ?

Oui alors l'alarme c'est quasiment systématique, ça rentre dans les propositions, y compris lorsqu'il y a un environnement familial.

Parfait, et de la kiné, la rééducation peut être ?

Ça dépend, oui ça peut mais ce n'est pas systématique.

D'accord, il y a d'autres choses que vous faites après une chute ?

La consultation ophtalmo, mais on en a parlé pour les consultations spécialisées quand même, la consultation ORL bien sûr, qui peuvent être plus fréquentes que la consultation cardio ou même orthopédique.

D’accord. Pour conclure, est ce que vous seriez intéressée par un annuaire gériatrique qui regrouperait les intervenants autour de vous ou est-ce que vous avez déjà vos correspondants ?
C’est bien ça. Ah oui, c’est une bonne idée. Tout ce qui permet une meilleure information du professionnel de santé, voir du patient pour son information et finalement un patient qui sait, et qui est informé, il se soigne mieux.
MERCI DE M’AVOIR PERMIS DE VOUS INTERROGER BONNE JOURNEE
FIN

ENTRETIEN 4

Médecin Femme exerçant une activité rurale a 20 km de Bordeaux

Exerce seule

Age 44 ans

Bonjour mon travail de thèse à pour but d'évaluer les pratiques des médecins généralistes face aux patients chuteurs. Pour réaliser ce questionnaire nous allons nous baser sur la dernière consultation que vous avez effectuée chez un ou une patient(e) de plus de 75ans chuteur. Le questionnaire va s'articuler en 4 parties Tout d'abord l'analyse du terrain et des fragilités de votre patient(e) Puis la mise en évidence de l'élément déclencheur de la chute Ensuite le déroulement de votre consultation Pour terminer nous nous pencherons sur les difficultés que vous rencontrez face à la réalisation d'un bilan de chute et les solutions alternatives que vous utilisez Donc on commence par un exemple concret de patient chuteur de plus de 75 ans, et après on élargit sur ce que vous faites un peu plus en général… C'est une dame ?
Oui.
Elle a quel âge, vous savez ?
Récemment je n'ai personne qui chute, à part elle qui tombe tout le temps… Elle a 94 ans.
Sur sa dernière chute, elle était seule à la maison ?
Non elle vit en EHPAD.
D'accord. Ses antécédents ?
Elle a une démence sévère.
D'accord, pas de traitement à visé cardio vasculaire ?
Non.
Donc elle n'a aucun traitement ?
Si, elle a un antiépileptique.
D'accord. La dernière chute, entre le moment où elle a chuté et le moment où vous l'avez vu ?
C'était dimanche, je l'ai vu la semaine dernière.
Oui donc vous la voyez, quand l'EHPAD vous appelle ?
Oui, je n'y vais pas à chaque fois.
Lors de la consultation à l'EHPAD, vous étiez toute seule avec elle ?
Oui.
Et la consultation a duré de 5 à 15 min / 15 à 30 min ?
Non 5 à 15 min.
C'est une dame qui a une perte d'autonomie récente ?
Non.
Un trouble de la marche, de l'équilibre ?
Alors cette dame, il y a 6 mois elle ne marchait plus et on ne sait pas pourquoi elle s'est remise à marcher.
D'accord.
Et du coup la marche est quand même relativement hésitante. Et vu qu'elle n'est pas en capacité de mesurer ce qu'elle sait et ce qu'elle ne sait pas faire, elle tombe tout le temps.
D'accord, elle n'a pas perdu de poids ?

Non.

Pas de syndrome dépressif ?

A priori non.

Et donc un déclin cognitif ? oui
Il y a eu un MMS de fait ?

Oui mais c'est ancien il y a un an je pensais qu'elle était en train de mourir.
En 2014, j'en ai un, ah non MMS infaisable.

Elle a des douleurs, de type arthrosique ?

Non.

Et l'environnement n'est pas problématique car elle est en EHPAD…
Si on élargit maintenant un petit peu plus sur ce que vous faites en général.
Est-ce que vous allez chercher systématiquement une hyperthermie ?

C'est curieux comme question, parce qu'en fait jamais je me posais la question de cette façon-là…

Oui vous le faites dans un autre sens…

C'est-à-dire que oui, on va regarder s'il y a une pathologie aiguë, une pathologie chronique, donc oui ça peut en faire partie.

Un traumatisme physique récent ? vous demandez s'ils sont tombés récemment ?

Oui.

Une notion de malaise ?

Oui.

Une hypotension orthostatique ?

Non… enfin il faut la mesurer mais…

Vous le faites ou pas ?

Non

Une notion de vertige ?

Oui.

Un déficit neuro ?

Oui.

Une confusion, du coup ça vous le voyez par rapport à d'habitude…

Oui.

Une hypoglycémie, vous faites un dextro systématiquement ?

Non. Parce qu'en général on arrive après.

Un mésusage médicamenteux, vous vérifiez un petit peu ?

Les médicaments, oui.

Une consommation excessive d'alcool ?

Ça c'est variable en fonction des gens.

D'accord.

J'ai la chance d'être installée depuis quelques années, donc ça me permet de savoir un peu.

Et le lieu de vie vous regardez à la maison, l'encombrement, l'éclairage, tout ça ?

Oui, les tapis.

Au niveau de l'examen clinique, vous réalisez un ECG ?

Non.

Un examen cardio ?

Oui.

Neuro ?

Oui.

Le dextro, donc plus ou moins…
Est-ce que vous avez un poids et une IMC pour vos patients de plus de 75 ans ?

Oui.

Vous allez avoir tendance chez un patient qui vient de chuter à faire un bilan biologique ?

Ben ça dépend… c'est plus sur la clinique.

Quand vous le faites, vous faites quoi ? Une natrémie, un iono… ?

Oui ça peu… c'est tellement variable en fonction de ce qu'ils ont présenté, c'est-à-dire que s'ils se sont casser la binette parce qu'ils ont chuté dans le pot de fleur, je ne vais pas aller faire un bilan biologique.
Si on ne comprend pas bien, je vais faire un bilan effectivement avec un bilan biologique qui sera plutôt complet, et effectivement il y aura un iono, une NF, peut-être une CRP également pour vérifier qu'il n'y ai pas un truc récent, une glycémie ou une TSH peut être pas ce n'est pas très intéressant.

Et la vitamine D, vous supplémentez, vous dosez ?

Je fais un peu tout en fait, c'est un peu le bordel, parce qu'on a eu tendance à les doser régulièrement, finalement ça n'était plus remboursé, les gens ne veulent pas payer, donc on finit par les supplémenter mais finalement si on se reporte à ce qu'on faisait auparavant en fonction de ce qui était dosé, on avait de grosses surprises.
Donc en fait c'est vrai qu'il faudrait qu'on le fasse systématiquement, et j'avoue, je ne le fais pas.

D'accord.
Est-ce que vous avez l'impression, qu'en tant que médecin généraliste vous rencontrez des freins à la réalisation du bilan de chute ?

Non.

Par exemple un manque de temps, refus des patients… ?

Non.

Vous utilisez des solutions alternatives comme par exemple, chez un patient chuteur mais on ne sait pas trop ce qu'il se passe, l'envoyer chez un kiné pour un bilan de chute ?

Non.

L'ergothérapeute ?

Non.

L'évaluation gériatrique ?

Oui.

C'est quelque chose que vous faites en consultation pour les chutes ?

Pas nécessairement, mais ça peut se réaliser par la suite.

La consultation spécialisée, chez le cardio par exemple ?

Oui.

D'autres spécialistes ?

Ça peut être en neuro aussi.

Les hospitalisations programmées c'est quelque chose que vous faites (pour les chutes) ?

Euh,ça fait très très longtemps,moi j'ai peu de patients qui chutent comme ça, a part Mme X qui chutent sans arrêt.
Donc non.

L'hospitalisation de jour ?

Non. C'est très très compliqué, c'est impossible, le seul moyen c'est le passage aux urgences.

Et donc vous les envoyez aux urgences ?

Ça peut arriver. Une patiente, le 24 Décembre, elle est tombée, elle ne pouvait plus marcher, elle avait une prothèse au genou et je l'ai envoyé aux urgences.
Elle m'a gueulé dessus en disant, « oui quand même vous pourriez vous déplacer ! », j'ai dit oui sauf qu'un 24 Décembre, avec une prothèse, si vous ne pouvez pas marcher, la radio c'est la seule solution.

Suite aux chutes, vous mettez en place des choses particulières ?

Alors justement, c'est rigolo, parce que hier j'ai vu le fils de la dame qui tombe sans arrêt, qui voulait absolument qu'on mette en place une contention. Voilà, j'ai dit non. J'ai dit que je préférais qu'elle se casse la binette, jusqu'à présent elle ne se faisait pas très très mal, et qu'effectivement elle avait des bleus mais ce n'était pas grave.
Parfois oui, la patiente j'ai essayé d'expliquer à sa fille qu'il fallait essayer de retirer les tapis et que de toute façon après 80 ans il allait falloir modifier le logement, vendre la maison, trouver un petit appart, j'ai commencé à en parler avec eux.
Voilà, ça peut être le type de démarche que je peux faire, je ne sais pas si ça répond aux questions ?

Si si c'est ça. La kinésithérapie, vous mettez en rééducation ?

Ça peut oui.

Les aides à domiciles, suite à une chute vous allez avoir tendance à les augmenter ?

C'est plus en fonction de la dépendance, qu'une histoire de chute.

La téléalarme ?

Oui ça je me débrouille pour qu'ils l'aient tout le temps et oui la chute ça peut être effectivement l'élément déclencheur si je n'ai pas réussi à le déclencher avant, mais en général les gens qui chutent, il y a d'autres trucs…

Et pour conclure est ce que vous seriez intéressée par un annuaire qui regrouperait les intervenants gériatriques à proximité, ou est-ce que vous avez déjà votre réseau ?

En fait on n'a déjà pas mal de choses.Le vrai souci en fait c'est qu'il y a le Dr X qui va partir à la retraite au mois de Mai, et elle est hyper disponible. Alors dès qu'on a une merde on l'appelle, et elle est toujours présente, et pour le coup elle va nous manquer…
Non mais après au gradignan ça marche aussi très très bien, il y a aussi la gériatrie à Bagatelle qui fonctionne bien. C'est la gériatrie au CHU, c'est un enfer.

Ah bon ?

La seule façon d'y avoir accès, et de pouvoir y adresser des patients, c'est vraiment par le biais des urgences.
Mais comme quasiment tout le temps pour les CHU, mais même pour des choses bilantés, étiquetés et où l'on sait où ils doivent aller, ils ne prennent pas. C'est incroyable .
Ça dépend aussi des relations qu'on a avec les services…
Moi je ne les connais pas trop en gériatrie, en médecine interne je connais mieux quand je téléphone la secrétaire elle ne me passe même pas les médecins, elle me dit « ok je te garde une place » donc c'est assez pratique.
La dernière fois c'était pour une tuberculose, j'étais contente qu'il n'y ait pas eu de passage aux urgences.

MERCI D'AVOIR PRIS LE TEMPS DE REPONDRE A MES QUESTIONS

9.3 MMSE

ANNEXE 3

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (M.M.S.E)

ORIENTATION
Je vais vous poser quelques questions pour apprécier comment fonctionne votre mémoire. Les unes sont très simples, les autres un peu moins. Vous devez répondre du mieux que vous pouvez. Quelle est la date complète d'aujourd'hui ?
.....
Si la réponse est incorrecte ou incomplète, posez les questions restées sans réponse, dans l'ordre suivant :

1. en quelle année sommes-nous ? 2. en quelle saison ?
3. en quel mois ?

!0ou1! !____! !____! !____!

4. Quel jour du mois ?
5. Quel jour de la semaine ?

!0ou1! !____! !____!

!____! !____! !____! !____! !____!

Je vais vous poser maintenant quelques questions
6. Quel est le nom de l'Hôpital où nous sommes ?
7. Dans quelle ville se trouve-t-il ?
8. Quel est le nom du département dans lequel est située cette ville ? 9. Dans quelle province ou région est situé ce département ?

10. A quel étage sommes-nous ici ?

APPRENTISSAGE
Je vais vous dire 3 mots ; je voudrais que vous me les répétiez et que vous essayiez de les retenir car je

12. fleur

13. porte Répéter les 3 mots.

[citron [fauteuil ou [clé ou [tulipe

ATTENTION ET CALCUL
Voulez-vous compter à partir de 100 en retirant 7 à chaque fois ?

14. 93
15. 86

16. 79
17. 72
18. 65

sur l'endroit où nous nous trouvons.

vous les demanderai tout à l'heure. 11. Cigare

!____! !____! !____!

!____! !____! !____! !____! !____!

[ballon [canard

Pour tous les sujets, même pour ceux qui ont obtenu le maximum de points, demander : « voulez-vous épeler le mot MONDE à l'envers » : E D N O M.

RAPPEL
Pouvez-vous me dire quels étaient les 3 mots que je vous ai demandé de répéter et de retenir tout à

LANGAGE

l'heure ? 19. Cigare 20. fleur 21. porte

ou

[citron [clé [ballon

ou

[fauteuil [tulipe [canard

!____! !____! !____!

!____! !____! !____!

22. quel est le nom de cet objet?
23. Quel est le nom de cet objet
24. Ecoutez bien et répétez après moi : « PAS DE MAIS, DE SI, NI DE ET »

Montrer un crayon. Montrer une montre

Poser une feuille de papier sur le bureau, la montrer au sujet en lui disant : « écoutez bien et faites ce que je vais vous dire » (consignes à formuler en une seule fois) :

25. prenez cette feuille de papier avec la main droite. 26. Pliez-la en deux.
27. et jetez-la par terre ».

!____! !____! !____!

Tendre au sujet une feuille de papier sur laquelle est écrit en gros caractères : « FERMEZ LES YEUX » et dire au sujet :

28. «faites ce qui est écrit ».
Tendre au sujet une feuille de papier et un stylo en disant :

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

PRAXIES CONSTRUCTIVES.
Tendre au sujet une feuille de papier et lui demander :

30. « Voulez-vous recopier ce dessin ».

!____! !____!

!____!

SCORE TOTAL (0 à 30)

!____!

FERMEZ LES YEUX

Phrase :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Recopier le dessin :

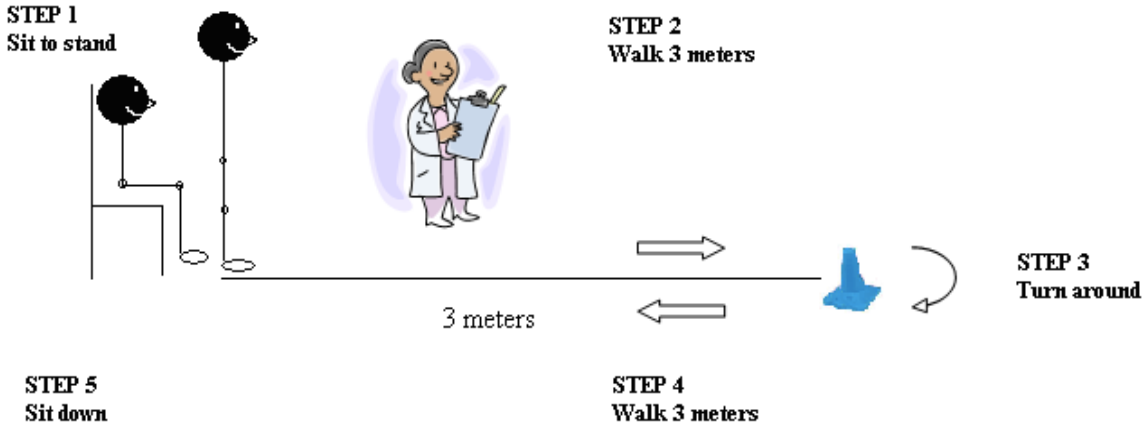
9.4 Tests de marche (*get up and go test* et test de station unipodale)

ANNEXE 4

"Get up and go test"

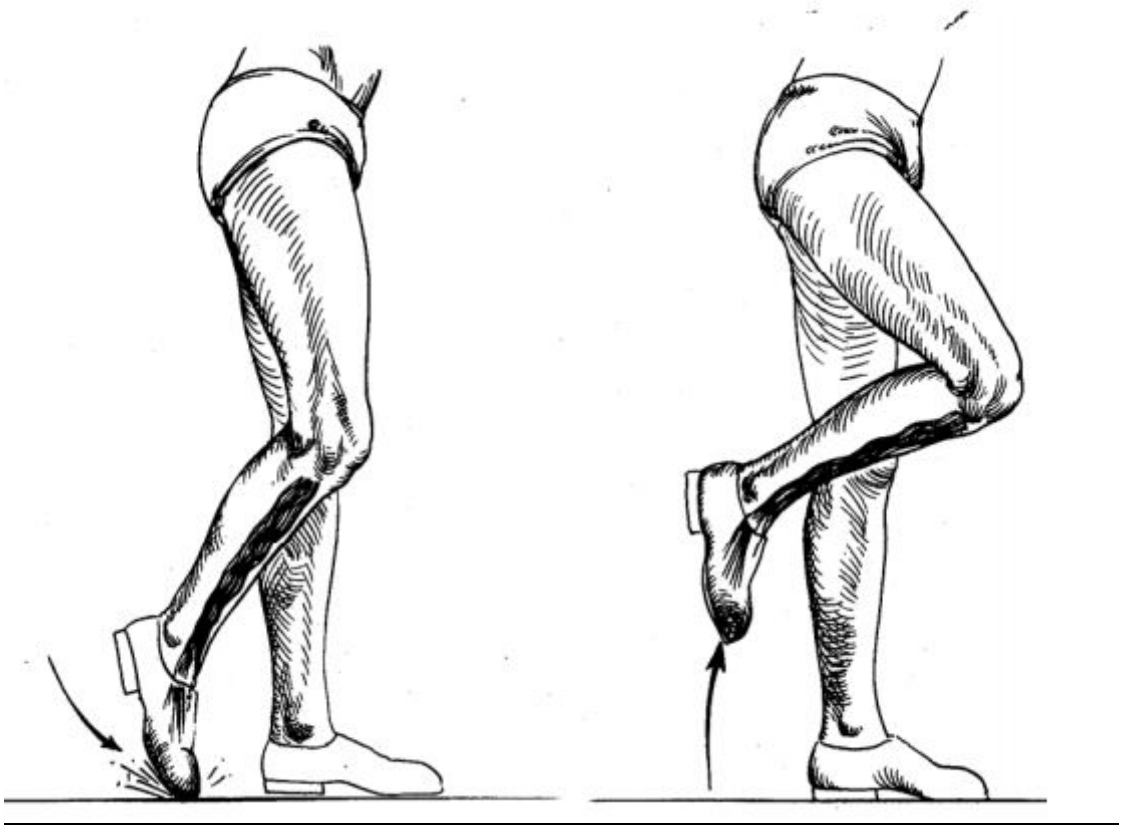
- "Get up and go test" évalue les transferts assis, debout, la marche et les changements de directions du patient. Cette épreuve a été validée par comparaison des résultats avec ceux d'une étude posturographique de l'équilibre statique réalisée sur plate-forme dynamométrique.
- Le test : le sujet assis confortablement sur un siège avec accoudoirs, placé à trois mètres d'un mur est invité
  - à se lever,
  - à rester debout quelques instants,
  - à marcher jusqu'au mur,
  - à faire demi-tour sans toucher le mur,
  - à revenir jusqu'à son siège, à en faire le tour et
  - à s'y asseoir de nouveau.
- Les résultats sont exprimés en fonction d'une échelle côtée de 1 à 5.
  - COTATION :
    - 1 aucune instabilité
    - 2 très légèrement anormal (lenteur exécution)
    - 3 moyennement anormal (hésitation, mouvement compensateur des membres supérieurs et du tronc)
    - 4 anormal (le patient trébuche)
    - 5 très anormal (risque permanent de chute).

Un score supérieur ou égal à 3 à chaque question traduit un risque important de chute et doit alerter la vigilance des soignants.



TEST DE STATION UNIPODAL

La **Station unipodale** : demander à la personne d'essayer de rester au moins cinq secondes sur une seule jambe. La personne peut choisir la jambe qu'elle veut et peut garder les yeux ouverts



9.5 Tests statistiques

ANNEXE 5
TESTS STATISTIQUES

Les tests utilisés ont été
Le test chi2 pour les effectifs de plus de 5
Le test t de Student pour les effectifs de moins de 5
Les résultats obtenus sont non significatifs pour la grande majorité.
Les rares p <0.05 ne sont pas interprétables devant la taille de l'échantillon trop petite.

TABLEAU 1 Ages et facteurs prédisposants

FACTEURS PREDISPOSANTS	30/39	40/49	50/59	60/69	p
poly médication	8	7	6	5	0.44
perte autonomie	3	4	4	4	1
trouble de la marche	5	6	6	4	0,85
test	0	0	1	2	0.58
faiblesse musculaire	2	4	7	3	0.12
perte de poids	1	2	4	2	0.52
arthrose	4	4	6	6	0.62
syndrome dépressif	4	4	4	6	0.72
déclin cognitif	4	4	5	4	1
MMSE	1	1	1	1	1
environnement	2	1	4	3	0.58

TABLEAU 2 Ages et facteurs précipitants

FACTEURS PRECIPITANTS	30/39	40/49	50/59	60/69	p
hyperthermie	3	4	3	4	1
Traumatisme physique récent	8	8	7	6	0.58
test hypotension orthostatique	6	8	8	8	0.22
malaise	8	8	8	8	1
vertige	8	8	8	8	1
déficit neurologique	7	8	8	7	1
confusion	8	8	8	8	1
hyponatrémie	6	8	4	7	0.14
hypoglycémie	4	4	2	4	0.72
traitement hypotenseur	7	8	6	8	0.58
mésusage médicamenteux	5	8	7	8	0.15
oh	4	4	1	7	0.02
lieu de vie	7	8	8	8	1

TABLEAU 3 Ages et examen clinique et paracliniques

examens	30/39	40/49	50/59	60/69	p
électrocardiogramme	1	0	0	2	0.58
examen cardiologique	8	8	7	8	1
examen neurologique	7	8	8	8	1
glycémie capillaire	3	4	1	5	0.28
poids	6	8	4	8	0.03
ndice de masse corporelle	5	8	4	7	0.12
natrémie	7	7	7	7	1
dosage vitamine D	2	1	0	1	0.88
supplémentation vitamine D	7	8	8	7	1
NFS	7	7	7	7	1
HBA1C	5	4	4	7	0.39
alcoolémie	0	0	0	0	1
CRP	7	7	7	7	1
autres bilans	6	6	3	4	0.42

TABLEAU 4 Ages et freins ou solutions alternatives

FREINS ET SOLUTIONS	30/39	40/39	50/59	60/69	p
frein temps	3	2	1	1	0.79
frein info	2	1	2	1	1
frein refus	1	2	3	2	0.94
frein matériel	2	1	2	2	1
frein délais	0	2	2	3	0.43
évaluation kinésithérapeute	1	1	1	2	1
évaluation ergothérapeute	0	2	0	2	0.28
évaluation gériatrique	2	5	4	2	0.42
consultation cardiologique	6	8	6	8	0.28
consultations neurologique	5	6	4	6	0.84
autre spécialiste	1	0	2	0	0.58
hospitalisation programmée	7	4	3	3	0.17
hospitalisation de jour	0	3	1	2	0.44
urgences	1	1	2	3	0.79
kinésithérapie de rééducation	8	8	8	8	1
téléalarme	8	8	8	8	1

TABLEAU 5 Sexe et facteurs prédisposants

FACTEUR PREDISPOSANTS	homme	femme	p
poly médication	14	12	0.6
perte autonomie	8	7	0.12
trouble de la marche	13	8	0.13
test	0	3	0.22
faiblesse musculaire	10	6	0.15
perte de poids	4	5	1
arthrose	12	8	0.27
syndrome dépressif	10	8	0.47
déclin cognitif	9	8	0.72
MMSE	4	0	0.10
environnement	4	6	0.70

TABLEAU 6 Sexe et facteurs précipitants

FACTEURS PRECIPITANTS	homme	femme	p
hyperthermie	8	6	0.50
Traumatisme physique récent	15	14	1
test hypotension orthostatique	14	16	0.48
malaise	16	16	1
vertige	16	16	1
déficit neurologique	16	14	0.48
confusion	16	16	1
hyponatrémie	13	12	1
hypoglycémie	8	6	0.50
traitement hypotenseur	15	14	1
mésusage médicamenteux	14	14	1
oh	6	10	0.15
lieu de vie	15	16	1

TABLEAU 7 Sexe et examen clinique et paracliniques

EXAMENS	homme	femme	p
électrocardiogramme	3	0	0.22
examen cardiologique	16	15	1
examen neurologique	16	15	1
glycémie capillaire	7	6	0.71
poids	12	14	0.65
Indice de masse corporelle	10	14	0.21
natrémie	13	15	0.59
dosage vitamine D	3	1	0.59
supplémentation vitamine D	14	16	0.48
NFS	13	15	0.59
HBA1C	8	12	0.27
alcoolémie	0	0	1
CRP	13	15	0.59
autres bilans	8	11	0.47

TABLEAU 8 Sexe et freins ou solutions alternatives

FREINS ET SOLUTIONS	homme	femme	p
frein temps	4	3	1
frein info	4	2	0.65
frein refus	5	3	0.68
frein matériel	3	2	1
frein délais	5	2	0.39
évaluation kinésithérapeute	3	2	1
évaluation ergothérapeute	3	1	0.59
évaluation gériatrique	8	5	0.47
consultation cardiologique	15	13	0.59
consultations neurologique	11	10	1
autre spécialiste	6	2	0.21
hospitalisation programmée	9	8	1
hospitalisation de jour	6	0	0.01
urgences	4	3	1
kinésithérapie de rééducation	16	16	1
téléalarme	16	16	1

TABLEAU 9 Lieu d'exercice et facteurs prédisposants

FACTEUR PREDISPOSANTS	rural	urbain	p
poly médication	12	14	0.65
perte autonomie	9	6	
trouble de la marche	11	10	1
test	1	2	1
faiblesse musculaire	8	8	1
perte de poids	6	3	0.43
arthrose	10	10	1
syndrome dépressif	10	10	1
déclin cognitif	8	9	1
MMSE	1	3	0.59
environnement	4	6	0.70

TABLEAU 10 Lieu d'exercice et facteurs précipitants

FACTEURS PRECIPITANTS	rural	urbain	p
hyperthermie	9	5	0.28
Traumatisme physique récent	14	15	1
test hypotension orthostatique	14	16	0.48
malaise	16	16	1
vertige	16	16	1
déficit neurologique	14	16	0.48
confusion	16	16	1
hyponatrémie	12	13	1
hypoglycémie	7	7	1
traitement hypotenseur	13	16	0.22
mésusage médicamenteux	15	13	0.59
oh	6	10	0.15
lieu de vie	15	16	1

TABLEAU 11 Lieu d'exercice et examen clinique et paracliniques

EXAMENS	rural	urbain	p
électrocardiogramme	3	0	0.22
examen cardiologique	15	16	1
examen neurologique	15	16	1
glycémie capillaire	6	7	0.71
poids	12	14	0,65
Indice de masse corporelle	10	14	0.21
natrémie	13	15	0.59
dosage vitamine D	3	1	0.17
supplémentation vitamine D	14	16	0.48
NFS	13	15	0.59
HBA1C	16	11	0.01
alcoolémie	6	10	0.15
CRP	13	15	0.59
autres bilans	8	11	0.47

TABLEAU 12 Lieu d'exercice et freins ou solutions alternatives

FREINS ET SOLUTIONS	rural	urbain	p
frein temps	2	5	0.39
frein info	5	1	0.17
frein refus	3	5	0.68
frein matériel	1	4	0.33
frein délais	4	3	1
évaluation kinésithérapeute	2	3	1
évaluation ergothérapeute	2	2	1
évaluation gériatrique	6	7	0.71
consultation cardiologique	12	16	0.10
consultations neurologique	10	11	1
autre spécialiste	1	2	1
hospitalisation programmée	7	10	0.28
hospitalisation de jour	2	4	0.65
urgences	2	5	0.39
kinésithérapie de rééducation	16	16	1
téléalarme	16	16	1

9.6 Caractéristiques de l'échantillon

ANNEXE 6

SEXE	AGE	LIEU D'EXERCICE	DISTANCE DE BORDEAUX
Homme	30-40	Libourne	40
Homme	30-40	Saint louis de montferrand	18
Homme	40-50	Pessac	9
Homme	40-50	Eysine	7
Homme	50-60	Bordeaux	5
Homme	50-60	Bordeaux	2
Homme	60 et pus	Pessac	15
Homme	60 et pus	Tresses	20
Homme	30-40	Canejan	30
Homme	30-40	Portets	32
Homme	40-50	Galgon	38
Homme	40-51	Castets en dorthe	60
Homme	50-60	Saint yzan de soudiac	45
Homme	50-60	Canejan	30
Homme	60 et pus	Preignac	50
Homme	60 et pus	Langoiran	35
Femme	30-40	Gradignan	11
Femme	30-40	Bordeaux	3
Femme	40-50	Bordeaux	5
Femme	40-50	Bordeaux	2

Femme	50-60	Bordeaux	4
Femme	50-60	Bordeaux	2
Femme	60 et pus	Bordeaux	3
Femme	60 et pus	Bordeaux	2
Femme	30-40	Pauillac	50
Femme	30-40	Creon	32
Femme	40-50	Aillas	75
Femme	40-50	Camblanes	20
Femme	50-60	Martillac	21
Femme	50-60	Salles	58
Femme	60 et pus	Ambes	28
Femme	60 et pus	Etauliers	60

9.7 Compte rendu de l' entretien dans le cadre des consultations méthodologiques du Service d'information médicale du CHU Bordeaux avec un médecin épidémiologiste (Pr Salamon)

1_

COMPTE-RENDU DE LA REUNION du 08/07/2015

Réalisation d'un bilan de chute chez les patients âgés de plus de 75 ans par les médecins généralistes en aquitaine

Thèse de médecine générale

Interne porteur du projet : Léa Pierre

Directeurs de thèse : Dr Fabrice Campomanes / Dr Gérard Ducos

Présents : L. Pierre (LP), R. Salamon (RS) et A. Petit-Monéger (APM)

Durée : 20 minutes ; **Rédacteur** : APM (interne UMES) ; **Relecture** : RS

Liste de diffusion : LP, RS, APM et G. Gunster

QUESTION DE RECHERCHE :

Quel type de bilan de chute est réalisé par les médecins généralistes chez les patients âgés de plus de 75 ans en Aquitaine ?

METHODE ENVISAGEE : mise en place d'une enquête auprès des médecins généralistes aquitains à partir de l'élaboration d'un questionnaire basé sur un référentiel de la Haute Autorité de Santé (2014).

POINTS SOULEVES :

1) Représentativité de l'échantillon : importance que les non-répondants ne diffèrent pas trop des répondants lors de la mise en place d'une enquête par questionnaire. En présence de différences, il est important de rechercher si ces différences sont liées à la question de recherche ; si tel est le cas, cela peut être une source de biais potentiel.

2) Biais de déclaration potentiel : inhérent à la mise en place d'un questionnaire sur les pratiques professionnelles.

METHODES PROPOSEES :

Il a été proposé de réaliser cette étude à partir d'un échantillon « choisi » (exemple : ruraux versus urbains, hommes versus femmes, cabinets de groupe versus cabinets isolés etc…) afin de favoriser la représentativité de l'échantillon.

L'enquête auprès des médecins généralistes pourra être réalisée à partir d'entretiens semi-directifs afin d'approfondir davantage les questions posées aux médecins en comparaison à un simple questionnaire.

1

NOMBRE DE SUJETS NECESSAIRES :

Il n'est pas nécessaire de réaliser une estimation du nombre de sujets nécessaires dans le cas présent. Le maximum d'entretiens semi-directifs devra être réalisé dans la limite de la faisabilité en termes de temps et coûts requis.

ANALYSES STATISTIQUES :

Des analyses par groupe pourront être réalisées selon les objectifs qui seront définis par LP en accord avec ses directeurs de thèse (exemple : sexe, âge etc...).

DATE DE SOUTENANCE DE THESE ENVISAGEE : novembre 2016

RELEVE DE DECISIONS : LP élaborera la trame des entretiens semi-directifs en lien avec ses directeurs de thèse.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, en présence des maitres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

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 de 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

Introduction : La Haute Autorité de Santé a publié en 2009 des recommandations sur le bilan à réaliser lors de chutes qui présentent un caractère répétitif. Cette étude a pour but de répondre à la question suivante : « Quelles sont les pratiques des médecins généralistes de Gironde ? Quels freins rencontrent-ils ? ». L'objectif est de réaliser un état des lieux des pratiques médicales en Gironde.

Méthode : Une étude observationnelle descriptive transversale déclarative par entretien à partir d'un questionnaire a donc été réalisée. La population d'étude est constituée de trente-deux médecins généralistes de Gironde. Le critère d'exclusion était toute pratique principale autre que la médecine générale.

Résultats :
Les facteurs prédisposants sont recherchés par 43% des médecins.
Les facteurs précipitants sont recherchés par 86% des médecins.
Une hypoglycémie et l'hyperthermie ne sont recherchées que dans 44% des cas.
97% des médecins s'intéressent au lieu de vie de ces patients chuteurs.
Concernant les freins rencontrés par les médecins généralistes ils ne sont décrits que dans 25% des cas.
Les solutions alternatives reposent majoritairement sur les spécialistes. La place des paramédicaux reste modeste avec 16% de recours aux kinésithérapeutes et 13% de recours aux ergothérapeutes.

Conclusion : Contrairement à notre postulat de départ, on remarque que les médecins généralistes réalisent des bilans de chutes satisfaisants et se basent largement sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Mots clés : Bilan de chute, soins premiers, patients âgés.