



HAL
open science

Prise en charge des personnes âgées chuteuses par le médecin généraliste sur le territoire d'Amiens métropole : difficultés, pratiques et solutions proposées

Clément Bouquet

► To cite this version:

Clément Bouquet. Prise en charge des personnes âgées chuteuses par le médecin généraliste sur le territoire d'Amiens métropole : difficultés, pratiques et solutions proposées. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01869986

HAL Id: dumas-01869986

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01869986v1>

Submitted on 7 Sep 2018

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

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

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2017

N° 2017-35

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES CHUTEUSES PAR LE
MEDECIN GENERALISTE SUR LE TERRITOIRE D'AMIENS
METROPOLE : DIFFICULTES, PRATIQUES ET SOLUTIONS
PROPOSEES

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (Diplôme d'Etat)

SPECIALITE : MEDECINE GENERALE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

MARDI 25 AVRIL 2017 A 18H PAR

BOUQUET CLEMENT

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

JUGES :
Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK
Monsieur le Professeur Antoine GABRION
Madame le Docteur Sophie TASSEEL-PONCHE

DIRECTEUR : Monsieur le Docteur Julien MOYET

Remerciements :

A mon Président de thèse,

Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Rhumatologie)

Chef du service de Rhumatologie, Pôle "Autonomie"

Merci de me faire l'honneur d'accepter de présider cette thèse et de votre intérêt pour ce travail. Je vous prie d'accepter l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A mon Juge,

Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier consultant

(Pharmacologie fondamentale clinique)

Ancien Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'AMIENS

Ancien Responsable du service de pharmacologie clinique

Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations

Officier de l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger cette thèse. Merci de votre intérêt pour ce travail et de votre disponibilité. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et l'assurance de mes sincères remerciements.

A mon juge,

Monsieur le Professeur Antoine GABRION

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Chirurgie orthopédique et Traumatologique)

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger cette thèse. Merci de votre intérêt pour ce travail et de votre disponibilité. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et l'assurance de mes sincères remerciements.

A mon Juge,

Madame le Docteur Sophie TASSEEL-PONCHE

Praticien Hospitalier des Universités

(Neurologie)

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger cette thèse. Merci de votre intérêt pour ce travail et de votre disponibilité. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et l'assurance de mes sincères remerciements.

A mon Directeur,

Monsieur le Docteur Julien MOYET

Assistant spécialiste

(Gériatrie)

Cher Julien,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir permis de concrétiser ce travail.

Merci de ta confiance et de tes conseils tout au long de ce travail. Soit assuré de ma gratitude et de ma sincère estime.

A Auriane, pour ton amour et ton soutien. Je ne pourrais jamais assez te remercier pour tout ce que tu m'apportes au quotidien. Merci de m'avoir rendu heureux. Nous avons encore beaucoup à construire (Babacar comprendra), beaucoup d'heures à écouter France Inter et beaucoup de Giberades.

A mes parents, de m'avoir laissé choisir ce que je voulais faire dans la vie (hormis le Baptême). Merci pour votre soutien et d'avoir toujours cru en moi. Merci de m'avoir inculqué des valeurs dont je peux être fier aujourd'hui. Ce travail vous est dédié.

A Benoit, pour ton amitié indéfectible, ton aide pour cette thèse, ta culture, ton humilité et toutes les valeurs que nous partageons. Merci pour ces moments incroyables, pour Baschung, le Rhum, Brassens, les collocations, les vacances, le hamster (Gilbert Bécaud), le Hand, le salon de l'Agriculture, les cours d'espagnol, le Benco...

A Maxime, pour ton amitié et ton immense aide pour ce travail. Merci de m'avoir sensibilisé à la problématique des chutes et de m'avoir guidé tout au long de ce travail.

A Hugo, pour ton amitié et ton aide dans ce travail. Merci pour ces moments que nous avons passé ensemble, notamment sportifs. J'espère qu'il y en aura encore beaucoup. Je t'attends pour la ÖTILLÖ. Bientôt les pays baltes...

A Marion, pour ton amitié et ton apport anglophone à ce travail. Merci d'être la seule personne que je connaisse avec qui je peux parler de Jethro Tull et de Locomotive Breath.

A Margaux, d'être mon amie depuis de nombreuses années. Merci de ton soutien pour ces études parfois éprouvantes. Tu as été un exemple pour moi et une grande source de motivation. Merci pour l'épisode du fromage à la cantine j'ai hâte d'en parler à ta fille.

A Anne, Vincent, Fabien, Mathilde et Wandrille, d'être mes amis les plus proches. Merci de votre soutien et de tous ces bons moments.

A Thérèse, d'avoir accepté de relire cette thèse.

Enfin, à tous les médecins, les paramédicaux et les patients qui m'ont marqué pendant ces études.

Table des matières :

Glossaire.....	18
Abréviations :	20
1. Contexte :.....	21
2. Introduction :.....	22
2.1) Chutes.....	22
2.1.1) Epidémiologie.....	22
2.1.2) Fragilité.....	22
2.1.3) Conséquences	22
2.1.4) Economie et santé publique.....	24
2.1.5) Recommandations :	25
2.1.5.1) Dernières publications :	25
2.1.5.2) Gravité :	26
2.1.5.3) Facteurs de risque de chute :	26
2.1.5.4) Prévention :	27
2.2) Epidémiologie	28
2.2.1) Vieillesse de la population	28
2.2.2) Part de la dépendance :	30
2.3) Le rôle du médecin généraliste :	30
3. Matériel et méthode :	31
3.1) Matériel :	31
3.1.1) Caractéristiques de la population étudiée :	31
3.1.2) Définition de la personne âgée :	31
3.2) Méthode :.....	31
3.2.1) Type d'étude :	31
3.2.2) Elaboration du questionnaire :.....	31
3.2.3) Contenu :.....	32
3.2.4) Recueil des données :	32

3.2.5) Etude Statistique :	33
3.2.6) Bibliographie :	33
4. Résultats :	34
4.1) Taux de participation :	34
4.2) Caractéristiques de la population étudiée :	34
4.2.1) Sexe :	34
4.2.2) Ancienneté de l'installation :	34
4.2.3) Lieu d'exercice :	35
4.2.4) Formation spécifique en gériatrie :	35
4.3) Activité de la population étudiée :	35
4.3.1) Visites au domicile :	35
4.3.2) Nombre de personnes âgées dans la patientèle :	36
4.3.3) Nombre d'appels reçus pour des chutes :	36
4.3.4) Activité :	36
4.4) La personne âgée chuteuse :	37
4.4.1) Prise en charge d'une chute chez un patient âgé :	37
4.4.2) Difficultés de prise en charge :	37
4.5) Difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des personnes âgées chuteuses :	38
4.5.1) Prise en charge initiale du sujet âgé chuteur :	38
4.5.2) Bilan des chutes :	39
4.5.3) Mesures préventives à mettre en place :	39
4.5.4) Réévaluation des mesures correctives :	40
4.6) Prise en charge du patient âgé chuteur :	41
4.6.1) Evaluation initiale du patient âgé chuteur :	41
4.6.2) Le bilan de la chute :	42
4.6.3) Prévention des chutes :	42
4.6.4) Réévaluation à distance du sujet âgé chuteur :	44

4.7) Solutions les plus pertinentes pour améliorer la prise en charge ambulatoire des patients âgés chuteurs.	45
5. Discussion	46
5.1) Les difficultés	46
5.1.1) Objectifs de travail :	46
5.1.2) Difficultés liées au patient	48
5.1.2.1) L'environnement :	48
5.1.2.2) L'isolement :	48
5.1.2.3) Banalisation :	49
5.1.2.4) La iatrogénie :	50
5.1.3) Difficulté d'accès aux soins :	51
5.1.4) Coordination :	53
5.2) La prise en charge des patients âgés chuteurs :	54
5.2.1) Visites au domicile :	54
5.2.2) Prise en charge pratique et recommandations théoriques :	55
5.2.2.1) Evaluation initiale :	55
5.2.2.2) Bilan de chute :	56
5.2.2.3) Prévention des chutes :	57
5.2.2.4) Réévaluation des patients :	59
5.3) Solutions apportées par les médecins généralistes :	60
6. Limites	61
6.1) Corrélées à notre type d'étude :	61
6.2) Corrélées à notre méthodologie :	61
7. Conclusion :	62
8. Bibliographie :	63
9. Annexes :	69
10. Résumé :	78

Table des illustrations et annexes

Figure 1 : Répartition des AcVC chez les 65 ans et plus selon le mécanisme et l'âge.....	23
Figure 2 : Evolution de la pyramide des âges en France métropolitaine.....	28
Figure 3 : Pyramide des âges de la Picardie en 2007 et 2040.....	29
Figure 4 : Difficultés de prise en charge des médecins généralistes selon la situation économique des personnes âgées dépendantes.....	47
Figure 5 : Variation de la densité en activité régulière, médecine générale, 2007/2016.....	51
Tableau 1 : Effectifs et taux de mortalité standardisés par type d'AcVC, selon l'âge, en France Métropolitaine en 2012.....	23
Tableau 2 : Facteurs de risque prédisposants de chute d'après la HAS.....	27
Tableau 3 : Population par groupe d'âge et âge moyen en 2007 et 2040.....	29
Tableau 4 : Mode de cohabitation des personnes de 75 ans et plus en 2012.....	49
Tableau 5 : Risque de chutes et prise de psychotropes, cardiotropes et antalgiques.....	50
Tableau 6 : Professionnels de santé libéraux ou mixtes en exercice au 01/01/2015.....	52
Tableau 7 : Professionnels de santé libéraux ou salariés en exercice au 01/01/2015.....	52
Graphique 1 : Ancienneté de l'installation.....	34
Graphique 2 : Eventuelle formation spécifique en gériatrie.....	35
Graphique 3 : Nombre d'appels reçus pour des patients ayant chutés au domicile.....	36
Graphique 4 : Prise en charge de toute chute du sujet âgé.....	37
Graphique 5 : Difficultés de prise en charge des patients âgés chuteurs.....	38
Graphique 6 : Difficultés rencontrées lors de l'évaluation initiale du patient.....	38
Graphique 7 : Difficultés rencontrées lors du bilan des chutes.....	39
Graphique 8 : Difficultés concernant les mesures préventives.....	40
Graphique 9 : Difficultés dans la réévaluation des mesures correctives.....	40
Graphique 10 : Evaluation initiale du patient âgé chuteur.....	41
Graphique 11 : Bilan du patient âgé chuteur.....	42
Graphique 12 : Prévention du patient âgé chuteur.....	44
Graphique 13 : Principale solution pour améliorer la prise en charge.....	45
Annexe 1 : Recommandations de la HAS.....	69
Annexe 2 : Questionnaire standardisé de la HAS.....	72
Annexe 3 : Courrier explicatif et questionnaire.....	72

Glossaire

Nous avons décidé de définir quelques termes, importants pour notre travail et que nous emploierons fréquemment.

Médecine générale :

Nous utiliserons la définition de la *World Organization of Family Doctors* (WONCA) qui définit la médecine générale comme « *une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche de pratique clinique, et ses propres fondements scientifiques* ». (1)

Elle est une spécialité clinique axée vers les soins primaires dont les caractéristiques cliniques sont les suivantes :

- « *Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.*
- *Elle utilise de façon efficace 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, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.*
- *Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires.*
- *Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.*
- *Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.*
- *Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.*
- *Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.*
- *Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.*
- *Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.*
- *Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.*
- *Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle ».*

Médecins généralistes :

Sont des médecins spécialistes formés aux principes de la médecine générale. Ils sont chargés de « *dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie* ». Ils soignent les personnes « *dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie* ». Leur activité professionnelle comprend « *la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative* ». (1)

Médecin spécialiste :

La médecine générale est une spécialité à part entière, par soucis d'intelligibilité nous désignerons les médecins spécialistes comme les médecins n'exerçant pas la médecine générale.

Médecin traitant :

Tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus doit désigner à son organisme gestionnaire du régime de base de l'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi. (2)

Son rôle est de favoriser la coordination des soins et d'œuvrer à la mise en place et à la gestion du dossier médical partagé. Il peut être généraliste ou spécialiste, libéral ou hospitalier. La grande majorité des médecins traitants sont des médecins généralistes. (3)

Ainsi dans notre travail le terme de médecin généraliste sera souvent employé comme synonyme de médecin traitant.

Chute :

La chute est définie par le fait de se retrouver involontairement sur le sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à sa position de départ. (4) Les chutes répétées concernent les patients chutant au moins deux fois sur une période de 12 mois. (4)

Accidents de la vie courante :

Les accidents de la vie courante sont définis comme étant des traumatismes non intentionnels qui ne sont ni des accidents de la circulation routière, ni des accidents de travail. (5)

Abréviations :

AcVC : Accident de la Vie Courante

ADL : Activities of Daily Living

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPAC : Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante

DPC : Développement Professionnel Continu

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

HAS : Haute Autorité de Santé

HID : Handicaps-Incapacités-Dépendance

HSM : Handicap-Santé en Ménages ordinaires

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

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

1. Contexte :

Dans un contexte de vieillissement démographique en France, la proportion de personnes âgées augmente et augmentera inexorablement. (6) Le médecin généraliste sera donc amené à suivre une part croissante de patients âgés.

La prise en charge et le suivi de cette patientèle nécessite une approche globale, souvent multidisciplinaire et intègre de nombreuses données dépassant le champ médical pur, notamment environnementales, psychologiques, comportementales et socio-économiques.

Les chutes sont fréquentes chez le sujet âgé. (4) (7) (8) Elles peuvent avoir des conséquences potentiellement graves et représentent un coût économique conséquent ce qui en fait un problème de santé publique majeur. Elles synthétisent parfaitement l'approche multifactorielle complexe nécessaire à la prise en charge du sujet âgé.

Le médecin généraliste joue un rôle central dans la prise en charge des patients âgés chuteurs. (9) Outre son rôle de premier recours dans le parcours de soins et de coordinateur, il est aussi un acteur majeur dans la prévention primaire et secondaire des chutes.

Pour toutes ces raisons, il nous a paru important de rechercher d'éventuelles difficultés dans la prise en charge des personnes âgées chuteuses par le médecin généraliste, d'évaluer leurs pratiques ainsi que de connaître les principales solutions apportées par le praticien.

2. Introduction :

2.1) Chutes

2.1.1) Epidémiologie

De nombreuses études ont montré qu'environ 30 % des plus de 65 ans chutent chaque année. (7) (8) (10) (11) (12) (13) (14)

Ce chiffre croît avec l'âge et peut concerner 50 % des plus de 80 ans. (10) (15) (16) Il s'agit d'un problème récurrent, 50 % des chuteurs faisant des chutes répétées. (4) (7) (16) (17)

2.1.2) Fragilité

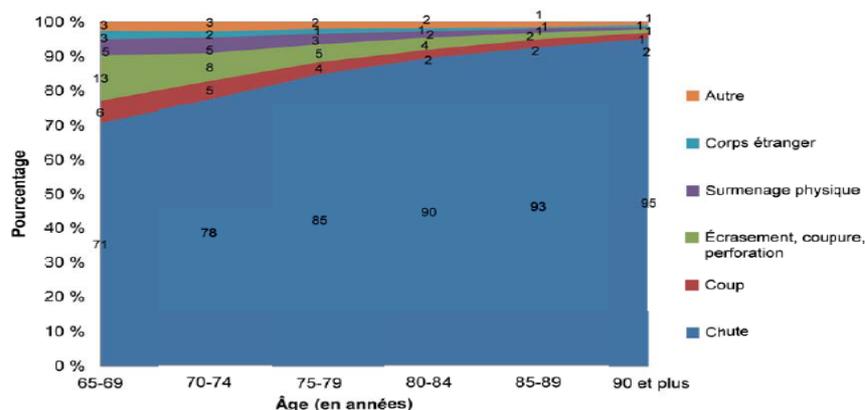
La fragilité est un concept relativement récent. Pour la caractériser, on peut retenir la définition de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie : « *La fragilité est un syndrome clinique. Elle reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux* ». (18)

Il s'agit d'une notion essentielle à prendre en compte car les personnes âgées fragiles présentent un risque accru de chute. De plus, en cas d'épisode aigu de chute, ces patients basculent plus facilement dans la dépendance et présentent un risque majoré d'incapacités, d'hospitalisations, d'institutionnalisation et de mortalité. (18)

2.1.3) Conséquences

Chaque année en France, 550 000 personnes âgées de 65 ans et plus sont victimes d'AcVC avec consultation aux urgences. Les chutes en sont la première étiologie et surviennent majoritairement au domicile (78 %). (19) Le pourcentage de chutes responsables d'AcVC augmente progressivement avec l'âge. Si les chutes sont le mécanisme responsable de 71 % de ces accidents entre 65 et 69 ans elles le sont à 95 % à partir de 90 ans alors que les autres mécanismes s'amendent progressivement. (5)

Figure 1 : Répartition des AcVC chez les 65 ans et plus selon le mécanisme et l'âge :



Source EPAC 2010.

On note une nette prédominance féminine pour cette classe d'âge, les femmes représentant 70 % des accidentés. Les chutes ont un impact en termes de mortalité. En 2012, en France, les chutes avaient provoqué 9 600 décès ce qui représentait 58 % des causes de décès par AcVC. Plus de 80 % de ces décès étaient survenus chez les plus de 74 ans, le taux de mortalité se majorant avec l'âge. (20)

Tableau 1 : Effectifs et taux de mortalité standardisés par type d'AcVC, selon l'âge, en France Métropolitaine en 2012 :

Classes d'âges	Chutes		Suffocations		Noyades		Intoxications		Feu		Autres, précisés		Autres, non précisés	
	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux	N	Taux
Les deux sexes														
<1 an	-	0,0	16	2,1	-	0,0	-	0,0	1	0,1	-	0,0	10	1,3
1-4 ans	11	0,4	22	0,7	46	1,5	1	0,0	9	0,3	5	0,2	17	0,5
5-14 ans	8	0,1	8	0,1	26	0,3	2	0,0	12	0,2	8	0,1	19	0,2
15-24 ans	29	0,4	6	0,1	65	0,8	49	0,6	9	0,1	17	0,2	136	1,8
25-44 ans	147	0,9	97	0,6	144	0,9	357	2,2	71	0,4	87	0,5	327	2,0
45-64 ans	664	4,0	400	2,4	287	1,7	505	3,0	139	0,8	235	1,4	765	4,6
65-74 ans	600	11,2	352	6,6	157	2,9	164	3,1	44	0,8	122	2,3	469	8,8
75-84 ans	2 103	52,3	669	16,6	167	4,2	383	9,5	67	1,7	118	2,9	1 131	28,1
85 ans et plus	6 038	340,9	1 370	77,3	79	4,5	579	32,7	64	3,6	133	7,5	1 904	107,5
Total	9 600	12,0	2 940	3,8	971	1,4	2 040	2,8	416	0,6	725	1,0	4 778	6,4

Source BEH N°1 Janvier 2017.

Les chutes peuvent entraîner différents traumatismes (fracture, entorse, traumatisme crânien, plaie, contusion, hématome) mais aussi des lésions liées à la station prolongée sur le sol (rhabdomyolyse, escarre, déshydratation, hypothermie).

Elles conduisent, dans 4 à 6 % des cas, à une fracture et dans 5 à 10 % des cas à une blessure grave (traumatisme crânien, contusion). (8) (12) (13) (21)

La fracture du col fémoral est une des complications les plus délétères. Pour preuve, sur la période 2008-2009, toutes causes confondues, 23,5 % des personnes hospitalisées de plus de 54 ans pour une fracture du col fémoral étaient mortes dans l'année. Le taux de décès ce majorait avec l'âge. (22)

Des conséquences graves peuvent aussi se révéler à moyen et à long terme. Ainsi les chutes peuvent engendrer une perte d'autonomie, un déclin fonctionnel et un recours accru aux services de soins de santé. (8) Elles sont aussi responsables d'une altération de la qualité de vie avec des conséquences psychosociales fréquentes. (23) (24) (25) Pour exemple, la peur de tomber conduit à une restriction d'activité et à une perte d'autonomie. Elle est fréquente. (24) Jusqu'à 78 % des chuteurs l'évoquent après une chute avec parmi ces derniers, 82 % qui évitent de sortir de chez eux par simple peur de tomber. (26) Il s'agit d'un facteur prédictif de chute important. (27) Les chutes des patients âgés sont aussi un facteur prédictif d'institutionnalisation. (17) En effet dans certaines études jusqu'à 40 % des chuteurs hospitalisés étaient orientés par la suite vers une institution. (28)

Les complications sont donc nombreuses et potentiellement graves mais le risque principal des chutes est la récurrence, survenant chez la moitié des chuteurs.

La perception de la chute par les personnes âgées est importante à aborder afin de déterminer les raisons pour lesquelles seule une faible proportion des chutes motive une consultation médicale. Selon les études, entre 10 et 30 % des chutes entraîneraient une consultation médicale. (14) (29) (30) (31) Les arguments avancés par les patients pour expliquer cela étaient que la chute et ses conséquences ne justifiaient pas de consultation médicale, qu'ils ne voulaient pas faire perdre de temps au médecin ou qu'ils souhaitaient adopter une attitude positive.

Plusieurs travaux ont retrouvé que la plupart des patients banalisaient et sous-estimaient le risque de chuter. (7) (29) 71,8 % des chuteurs de plus de 65 ans estimaient ne pas être à risque de rechuter. Et lorsqu'on les questionnait sur ce qu'il faudrait faire pour réduire le risque de chute, 57,6 % de ces derniers répondaient qu'il n'y avait rien à faire.

2.1.4) Economie et santé publique

Les chutes de la personne âgée sont une préoccupation de santé publique en France et par extension dans le monde entier en raison de leur fréquence, des conséquences en termes de morbi-mortalité, du vieillissement de la population mais aussi de par leur coût et leur impact sur le système de santé.

Peu d'études analysent les conséquences économiques des chutes, principalement car il est très difficile de savoir exactement leurs retombées financières. L'aspect le plus étudié concerne les coûts directs liés aux chutes (consultation médicale aux urgences, frais d'hospitalisation, médicaments, personnel médical, soins de réadaptation). Les coûts indirects comme la perte d'autonomie et la dépendance sont encore peu étudiés. En 2008, une étude a estimé que les coûts médicaux directs liés aux chutes non fatales des 65 ans et plus aux Etats-Unis avaient totalisé 23 milliards de dollars. 63 % de ces dépenses représentaient les coûts d'hospitalisation, 21 % les consultations aux urgences et 16 % les traitements ambulatoires. (32)

En France, la Sécurité sociale représente le principal acteur du financement de la dépendance des personnes âgées. En 2009, le financement de la perte d'autonomie des personnes âgées par la Sécurité sociale était estimé à 13,45 milliards d'euros. (33) En regroupant les différents acteurs du financement de la dépendance (Sécurité sociale, Etat, Département, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie), son coût était estimé à 25 milliards d'euros. (34) Les autorités sanitaires françaises s'intéressent donc de près à cette problématique notamment en termes de prévention et de sensibilisation des professionnels de santé afin d'en réduire les coûts.

2.1.5) Recommandations :

2.1.5.1) Dernières publications :

En 2009, la HAS a publié des recommandations de bonnes pratiques professionnelles axées sur l'évaluation et la prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées en insistant sur la définition des chutes répétées, les signes de gravité, le bilan à réaliser à la recherche de facteurs de risque de chute ainsi que des interventions à mettre en place pour prévenir la récurrence. (4) Une fiche de synthèse a été éditée en 2010 par la HAS intitulée : « *Que faire face à une personne âgée faisant des chutes ?* » permettant, grâce à un entretien ciblé et un examen clinique adapté, de rechercher les signes de gravité, les facteurs de risque de chute et de proposer des mesures préventives. (28) Puis en 2012 la HAS publiait un référentiel qui synthétisait les recommandations françaises et internationales et évaluait l'intérêt d'un score de risque de chute pour les plus de 65 ans valides (élaboré par le centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé) afin de repérer les patients à risque de chute. (29) Sur le plan international, l'*American* et la *British Geriatrics Society* ont proposé des recommandations sur la prévention des chutes chez la personne âgée de 65 ans plus en 2010. (35) (36)

Les trois grands axes de prise en charge des chutes doivent donc concerner la recherche des critères de gravité des chutes, la recherche des facteurs de risque et la prévention. (4)

2.1.5.2) Gravité :

La HAS recommande de rechercher systématiquement tous les signes de gravité mettant en jeu le pronostic fonctionnel et vital du patient. Il s'agit des conséquences de la chute (traumatisme physique, impossibilité de se relever seul, syndrome de désadaptation psychomotrice), des pathologies responsables de la chute (neurologiques, cardiaques, endocriniennes) et du caractère répétitif des chutes (augmentation récente de la fréquence des chutes, trouble de la marche et de l'équilibre, cumulation de 3 facteurs de risque de chute). Par ailleurs, trois situations à risque de chute grave sont à investiguer : l'ostéoporose avérée, la prise de médicaments anticoagulants et l'isolement socio-familial incluant le fait de vivre seul. Cela est détaillé dans le questionnaire standardisé de la HAS qui permet grâce à un interrogatoire standardisé et un examen clinique ciblé incluant la prise des constantes, une auscultation cardio-pulmonaire, un examen orthopédique et neurologique, ainsi que la recherche d'un trouble de la marche et de l'équilibre (test de *Romberg*, Station unipodale et *Timed Up and Go test*) de faire le point sur ces facteurs de gravité. Les examens paracliniques sont demandés en fonction des signes d'appel, l'évaluation des patients étant principalement clinique.

2.1.5.3) Facteurs de risque de chute :

Il est recommandé de rechercher systématiquement les facteurs de risque prédisposants (somme des facteurs de risque intrinsèques de l'individu) et précipitants (facteurs ponctuels intervenants dans le mécanisme de chute : intrinsèques, environnementaux ou comportementaux). De nombreux travaux ont décrit différents facteurs de risque, plus de 400 ont été proposés. (16) (37) Depuis de nombreuses années, plusieurs études ont montré une augmentation linéaire entre le risque de chute et le nombre de facteurs de risque. (10) (38)

Ces facteurs de risque sont habituellement divisés en 3 catégories :

- Les facteurs de risque intrinsèques, dépendants de l'état de santé de la personne âgée.
- Les facteurs de risque extrinsèques, dépendants de l'environnement dans lequel évolue le sujet (domicile et environnement extérieur).
- Les facteurs de risque comportementaux (peur de chuter, degré de sédentarité, consommation de toxiques, risques liés aux activités quotidiennes, dénutrition, habitudes de vie).

Tableau 2 : Facteurs de risque prédisposants de chute d'après la HAS

Catégorie	Type
Générale :	Age supérieur ou égal à 80 ans
	Sexe féminin
	Antécédent de fracture traumatique
Physiologique :	Trouble de la marche et/ou de l'équilibre
	Diminution de la force et/ou de la puissance musculaire des membres inférieurs
	Baisse de l'acuité visuelle
	Trouble de la sensibilité des membres inférieurs
Affections médicales :	Syndrome dépressif
	Déclin cognitif
	Arthrose des membres inférieurs et/ou du rachis
	Anomalie des pieds
Médication :	Polymédication (prise de plus de 4 médicaments par jour)
	Prise de psychotropes, diurétiques, Digoxine® ou anti-arythmique de classe 1

2.1.5.4) Prévention :

Les dernières recommandations, en accord avec les données de la littérature, proposent une évaluation multifactorielle axée sur des mesures :

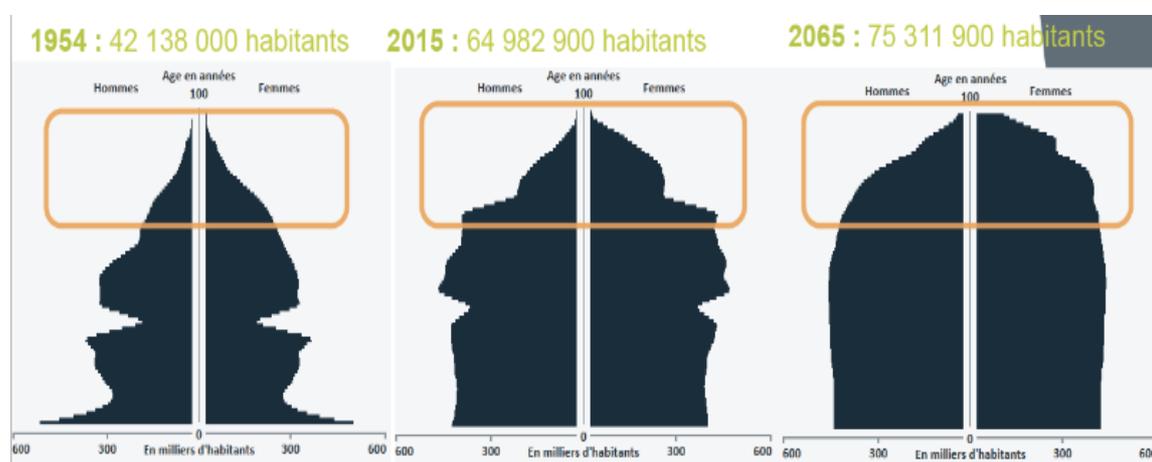
- Médicamenteuses : révision des ordonnances (suppression des psychotropes notamment), apports calciques et en vitamine D.
- Non médicamenteuses : port de chaussures adaptées, utilisation d'aide technique, modifications environnementales, activité physique et/ou kinésithérapie.
- Educatives (du patient et de ses aidants).
- De coordination avec les autres professionnels de santé médicaux et paramédicaux. (4)

2.2) Epidémiologie

2.2.1) Vieillesse de la population

Selon les projections établies par l'INSEE (prenant pour base l'indice de fécondité, le solde migratoire et l'espérance de vie à la naissance), la France métropolitaine comptera 73,6 millions d'habitants au premier janvier 2060. (6) Les personnes âgées de 60 ans ou plus approcheront les 23,6 millions, soit 80 % de plus qu'en 2007. Ceci étant expliqué par l'allongement de l'espérance de vie, le vieillissement des populations issues du Baby-boom, et le faible taux de fécondité.

Figure 2 : Evolution de la pyramide des âges en France métropolitaine :



Source : Journées de la prévention et de la santé publique 2015. G. Pédrone : Les chutes des personnes âgées, un enjeu majeur de santé publique.

La Picardie comptait 1 976 327 habitants au premier janvier 2014. La Somme totalisait 571 632 habitants ce qui correspondait à un accroissement annuel de la population depuis 2009 de 0.1 %, un des taux les plus faibles de la région. (39) Amiens restait la commune la plus peuplée de la Somme avec 132 479 habitants, soit 23.2 % des habitants de la Somme ce qui en faisait la deuxième ville la plus peuplée de la région Hauts-de-France après Lille.

Toujours selon les prévisions de l'INSEE, en 2040, la Picardie bénéficierait d'une croissance démographique annuelle de +0,22 %. Un taux nettement inférieur à celui de la France métropolitaine estimé à +0,41 %. (40) Il existerait des disparités entre les départements. Ainsi à l'échelle de la Somme, on estime que la croissance démographique annuelle entre 2007 et 2040 serait de +0,21 % contre +0,30 % pour l'Oise et +0,09 % pour l'Aisne. La Picardie devrait donc gagner 140 000 habitants dont 40 000 dans la Somme. (40)

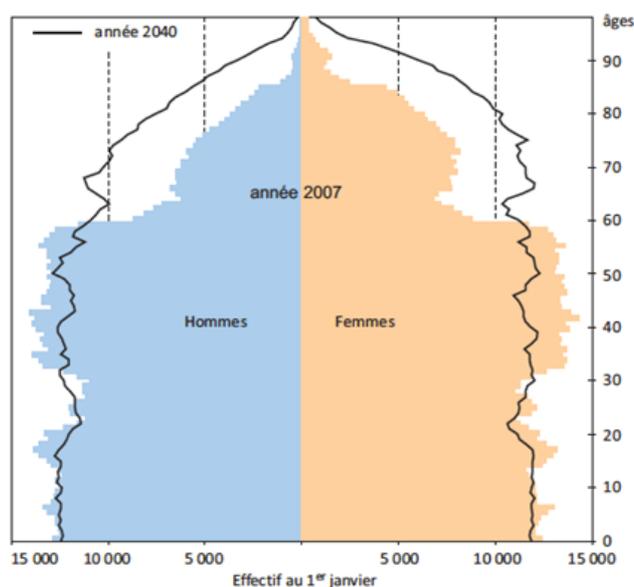
Tableau 3 : Population par groupe d'âge et âge moyen en 2007 et 2040 :

		Moins de 20 ans	De 20 à 59 ans	De 60 à 79 ans	80 ans ou plus
Population en 2007	France métropolitaine	15 315 093	33 220 002	10 257 443	3 002 760
	Picardie	504 801	1 027 032	289 463	79 061
	Aisne	141 556	283 221	88 042	25 003
	Oise	219 507	439 026	110 200	27 889
	Somme	143 738	304 785	91 221	26 169
Population en 2040	France métropolitaine	15 858 928	32 944 463	15 061 798	6 868 947
	Picardie	486 628	945 162	422 183	186 641
	Aisne	132 388	246 866	121 050	54 256
	Oise	215 828	416 705	172 257	75 369
	Somme	138 412	281 591	128 876	57 016
Évolution de la population entre 2007 et 2040 (en %)	France métropolitaine	3,6	-0,8	46,8	128,8
	Picardie	-3,6	-8,0	45,9	136,1
	Aisne	-6,5	-12,8	37,5	117,0
	Oise	-1,7	-5,1	56,3	170,2
	Somme	-3,7	-7,6	41,3	117,9

Source INSEE, Omphale 2010, scénario central.

La proportion de personnes âgées en Picardie, comme pour le reste de la France, augmentera inévitablement. Ainsi entre 2007 et 2040, la Picardie verrait son nombre de personnes âgées de 60 ans et plus augmenter de 240 000 habitants soit une hausse de 65 % en 33 ans, dont 68 500 pour la Somme. (40)

Figure 3 : Pyramide des âges de la Picardie en 2007 et 2040 :



Source : INSEE, Omphale 2010

2.2.2) Part de la dépendance :

Les résultats de l'enquête HID, réalisée en 1998-1999, montraient qu'il existait entre 700 000 et 2 045 000 personnes dépendantes parmi les 12 millions de 60 ans et plus. Le taux de patients institutionnalisés était de 4.1 % pour cette tranche d'âge et se majorait avec l'âge pouvant atteindre jusqu'à 50 % des sujets de plus de 95 ans. (41) En 2008 l'enquête HSM, réalisée par le DREES, soulignait que les limitations fonctionnelles (difficultés à accomplir des actes mobilisant les fonctions physiques ou cognitives) et les restrictions d'activité (problèmes qui peuvent se poser à un individu dans la réalisation des actes de la vie quotidienne) augmentaient avec l'âge. (42) En effet, 24,7 % des 60 ans et plus déclaraient avoir au moins une limitation physique absolue (irréalisable seul) contre 4,5 % des 20-59 ans. Il en était de même pour les restrictions absolues d'activité du quotidien concernant 4 % des 60 ans et plus contre 0,4 % des 20-59 ans. Plus récemment, En 2011, selon le rapport Trillard, le taux de dépendance des 60 ans et plus était de 8,4 %. Ce taux était corrélé avec l'âge puisque 91,6 % des 60 ans et plus n'étaient pas dépendants contre un taux de 42 % de personnes dépendantes pour les plus de 90 ans. Outre le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de personnes dépendantes avec des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité semble être un défi pour les années à venir. (34)

2.3) Le rôle du médecin généraliste :

Le médecin généraliste joue un rôle central dans la prise en charge des patients âgés chuteurs. Comme le rappelle la WONCA, il représente le premier contact avec le système de soins, favorise l'éducation pour la santé, a une responsabilité spécifique de santé publique et coordonne les soins. (1) Il a un rôle primordial à jouer pour dépister les patients âgés à risque de chute et pour appliquer des mesures préventives. (9) Il est l'acteur principal pour la prévention primaire et secondaire des chutes décrites par les recommandations. Lui seul peut dépister les chutes, décider d'adresser aux autres professionnels médicaux et paramédicaux, éduquer le patient et sa famille et avoir accès au domicile des patients grâce aux visites à domicile.

Cependant, la problématique des chutes reste complexe pour le médecin généraliste du fait de son approche multifactorielle, de sa prise en charge pluridisciplinaire et du problème de l'applicabilité des recommandations en pratique.

Nous nous sommes proposé d'interroger les médecins traitants à propos d'éventuelles difficultés concernant la problématique du sujet âgé chuteur, de leur pratique en ce domaine et sur les solutions qu'ils proposaient pour répondre à cette situation.

3. Matériel et méthode :

3.1) Matériel :

3.1.1) Caractéristiques de la population étudiée :

Il s'agissait de l'ensemble des médecins généralistes installés à Amiens Métropole en 2015 en croisant les données de l'URPS, de l'annuaire des pages jaunes, du site de l'assurance maladie (amelie.fr) et du site d'Amiens Métropole (amiens.fr). Ont été exclus les médecins généralistes non installés ou ayant une activité hors médecine générale dominante (acupuncteur, urgentiste, médecin du sport...).

3.1.2) Définition de la personne âgée :

La HAS retient l'âge de 65 ans pour définir les personnes âgées. Elle précise cependant que la population la plus concernée par les chutes répétées est constituée de personnes âgées de plus de 75 ans fragiles, autrement dit, présentant « *un état médico-psycho-social instable* ». (4) Ainsi bon nombre d'études retiennent 75 ans pour définir une personne âgée. Cette idée concorde avec la nécessité de définir la personne âgée non pas en fonction de son âge mais plutôt en fonction de son état de santé. Pour cette raison, il a été décidé de retenir l'âge de 75 ans dans notre questionnaire pour qualifier les personnes âgées.

3.2) Méthode :

3.2.1) Type d'étude :

Une étude épidémiologique descriptive, observationnelle a été réalisée auprès des médecins généralistes d'Amiens Métropole concernant la prise en charge des patients âgés chuteurs. Les données ont été recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire anonyme à questions fermées.

3.2.2) Elaboration du questionnaire :

Le questionnaire a été réalisé avec l'aide des gériatres du CHU d'Amiens en se basant sur le retour des médecins généralistes concernant les difficultés de prise en charge des patients âgés chuteurs au domicile et sur les dernières recommandations de la HAS précédemment citées. Nous nous étions aussi inspirés de la fiche de synthèse éditée par la HAS en 2010 proposant une démarche simple pour la prise en charge des personnes âgées présentant des chutes

répétées. Lors de la phase de pré-test, le questionnaire a été expérimenté sur trois médecins généralistes dont un exerçant à Amiens et deux autres dans sa métropole afin de juger de sa faisabilité et de sa pertinence. Le questionnaire a globalement été bien reçu et affiné en fonction des diverses remarques émises.

3.2.3) Contenu :

Le principal critère de jugement de notre questionnaire était l'existence ou non de difficultés dans la prise en charge des patients âgés chuteurs. Le questionnaire s'articulait en plusieurs parties.

La première partie décrivait la population étudiée, permettant d'étudier les différentes caractéristiques de notre échantillon. La deuxième partie s'axait sur l'activité des médecins étudiés, les modalités d'exercice et les caractéristiques de leur patientèle. La troisième partie présentait le point de vue sur la prise en charge des chutes chez le sujet âgé et questionnait sur la difficulté ou non de prise en charge des patients âgés chuteurs. La quatrième partie évaluait les difficultés rencontrées dans la prise en charge de ces personnes en s'axant sur l'évaluation initiale du patient, le bilan des chutes, les mesures préventives et la réévaluation des mesures correctives. La cinquième partie décrivait la pratique du médecin généraliste (évaluation initiale, bilan, mesures préventives et réévaluation à distance). Et la dernière partie nous permettait de solliciter l'avis des participants avec une question ouverte permettant de statuer sur la principale solution à apporter selon eux pour améliorer la prise en charge ambulatoire des patients âgés chuteurs.

3.2.4) Recueil des données :

Un auto-questionnaire a donc été envoyé aux médecins généralistes exerçant à Amiens Métropole par voie postale avec un courrier explicatif et une enveloppe pré-timbrée pour la réponse. Au total 177 questionnaires ont été envoyés dont 137 concernant des médecins généralistes exerçant à Amiens et 40 dans sa métropole. Les questionnaires ont été envoyés le 25 août 2015. Les inclusions ont été arrêtées le 15 février 2016 correspondant au dernier questionnaire reçu.

3.2.5) Etude Statistique :

Afin de procéder aux calculs statistiques, nous nous sommes servis du tableur Excel ainsi que de Google Forms dans lesquels nous avons retranscrit les résultats obtenus sur papier.

Nous avons effectué une analyse comparative, notamment pour essayer de retrouver des résultats significatifs concernant la prise en charge des patients âgés chuteurs entre les praticiens n'évoquant pas de difficultés et ceux en ayant mais les résultats obtenus n'ont retrouvé aucune donnée significative, raison pour laquelle ils ne seront pas développés dans cette étude.

3.2.6) Bibliographie :

Les recherches bibliographiques ont été menées sur PubMed, Sudoc, Google Scholar et ScienceDirect.

4. Résultats :

4.1) Taux de participation :

177 questionnaires ont été envoyés aux médecins généralistes exerçant à Amiens et sa métropole, 55 ont été retournés. Deux questionnaires ont dû être exclus car non complétés entièrement. Ainsi dans notre étude, 53 questionnaires ont été analysés soit un taux de réponse de 29,9 % (53/177).

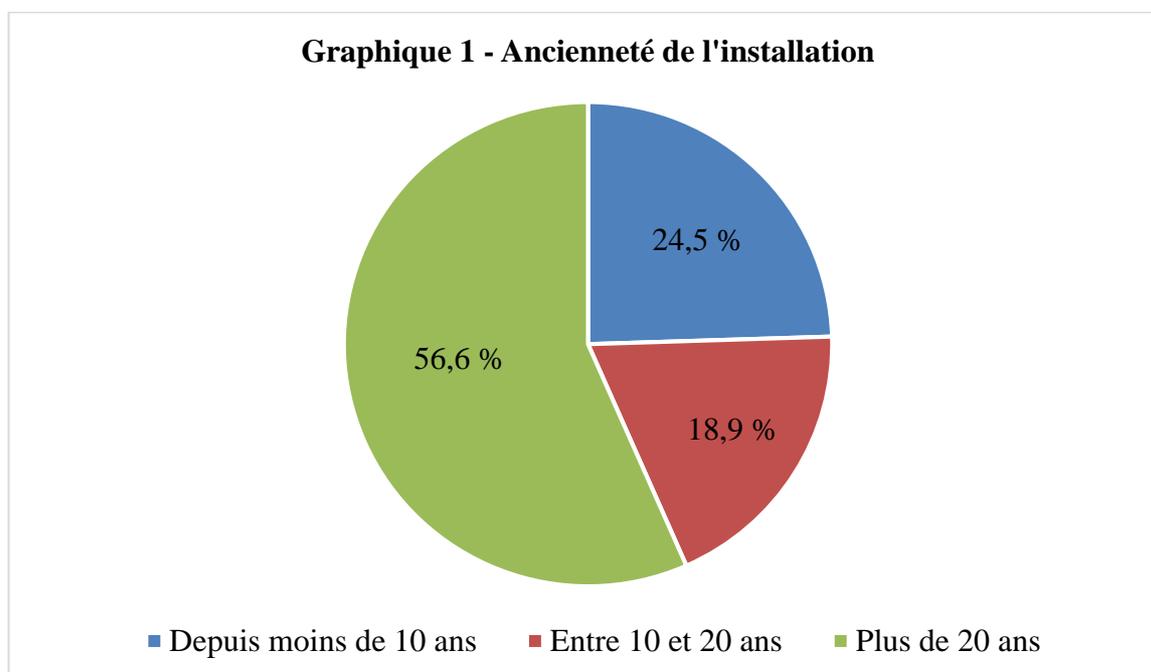
4.2) Caractéristiques de la population étudiée :

4.2.1) Sexe :

La population d'étude comprenait 52,8 % (n=28) d'hommes et 47,2 % (n=25) de femmes.

4.2.2) Ancienneté de l'installation :

La majorité des médecins généralistes répondant, soit 56,6 % (n=30), était installée depuis plus de 20 ans. 24,5 % (n=13) étaient installés depuis moins de 10 ans et 18,9 % (n=10) depuis 10 à 20 ans.

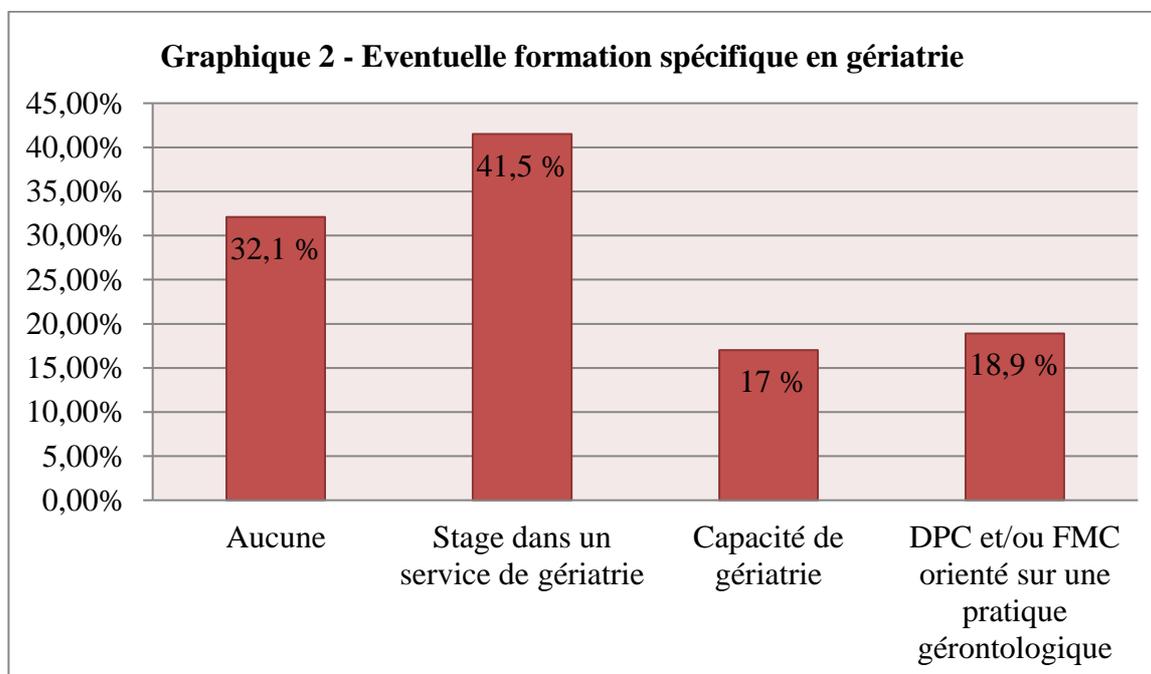


4.2.3) Lieu d'exercice :

La plupart de la population interrogée exerçait en milieu urbain soit 77,4 % (n=41), le restant pratiquant en milieu semi-urbain 22,6 % (n=12). Aucun n'exerçait en milieu rural.

4.2.4) Formation spécifique en gériatrie :

Concernant une éventuelle formation en gériatrie, 32,1 % (n=17) des médecins questionnés rapportaient n'avoir aucune formation spécifique. Ils étaient 41,5 % (n=22) à avoir au moins réalisé un stage dans un service de gériatrie et 18,9 % (n=10) à avoir au moins orienté leur formation médicale continue ou leur DPC sur une pratique gériatrique. Concernant la capacité de gériatrie, 17 % (n=9) en étaient titulaires.



4.3) Activité de la population étudiée :

4.3.1) Visites au domicile :

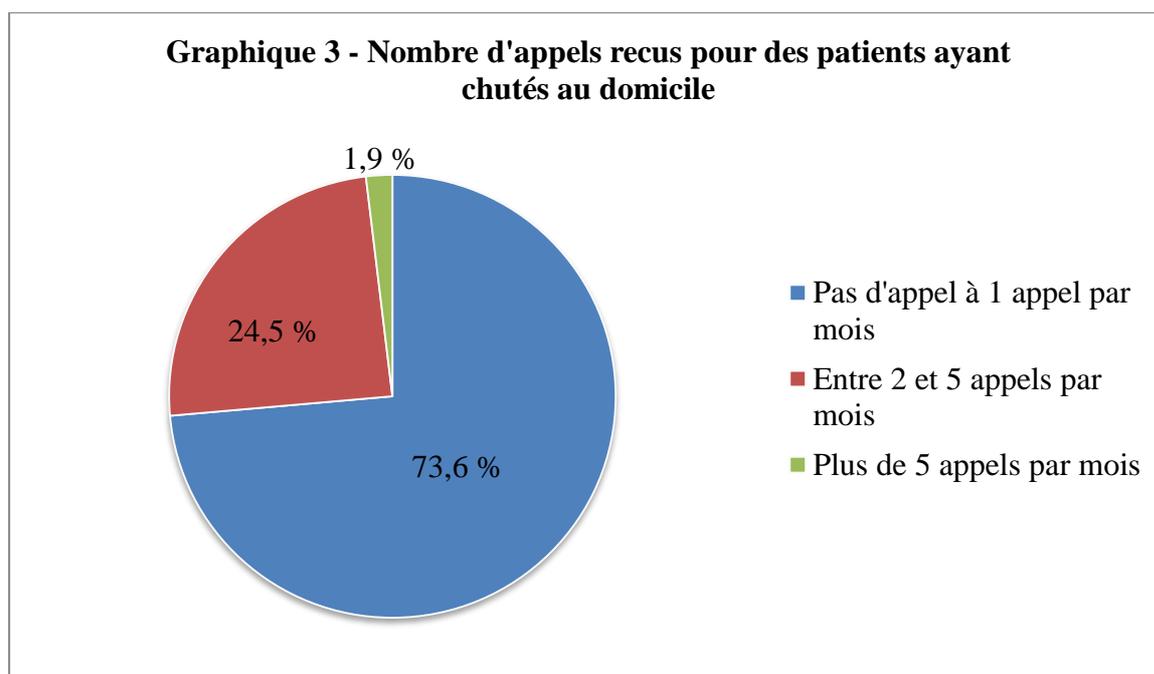
La majorité de notre échantillon effectuait des visites au domicile soit 92,4 % (n=49). Seuls 7,6 % (n=4) n'en faisaient plus. Ils étaient 52,8 % (n=28) à en réaliser plus de 10 par semaine et 39,6 % (n=21) moins de 10 par semaine.

4.3.2) Nombre de personnes âgées dans la patientèle :

Sur les 53 médecins généralistes inclus, 52,8 % (n=28) estimaient avoir moins de 100 patients âgés de 75 ans ou plus dans leur patientèle contre 47,2 % (n=25) estimant en avoir plus de 100.

4.3.3) Nombre d'appels reçus pour des chutes :

73,6 % (n=39) des interrogés rapportaient ne pas recevoir d'appel concernant une chute ou en recevoir 1 par mois. 24,5 % (n=13) entre 2 et 5 par mois et 1,9 % (n=1) plus de 5 par mois.



4.3.4) Activité :

Concernant l'activité de notre population d'étude :

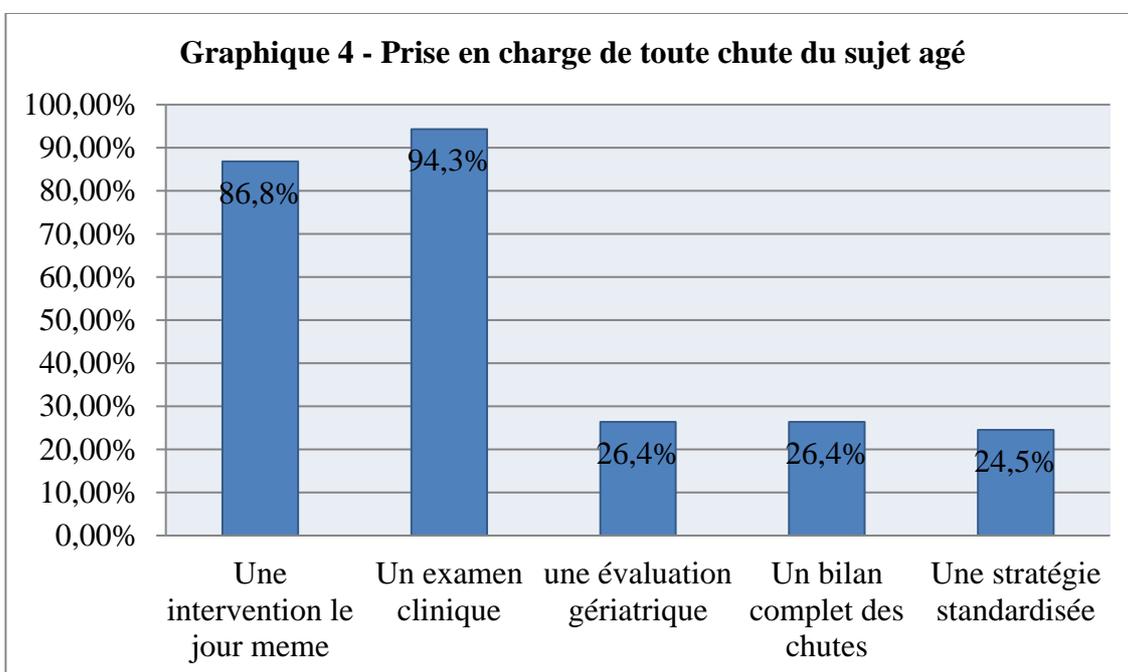
- 81,1 % (n=43) exerçaient une activité libérale stricte.
- 9,4 % (n=5) pratiquaient une activité libérale et une activité de soins dans un EHPAD ou un SSR.
- 3,8 % (n=2) travaillaient dans le cadre d'une activité libérale et d'une activité de soins dans un hôpital public.
- 5,7 % (n=3) avaient une activité libérale et une activité de soins dans le cadre du salariat autre que dans une clinique privée, un EHPAD, un service de SSR ou un hôpital public.

4.4) La personne âgée chuteuse :

4.4.1) Prise en charge d'une chute chez un patient âgé :

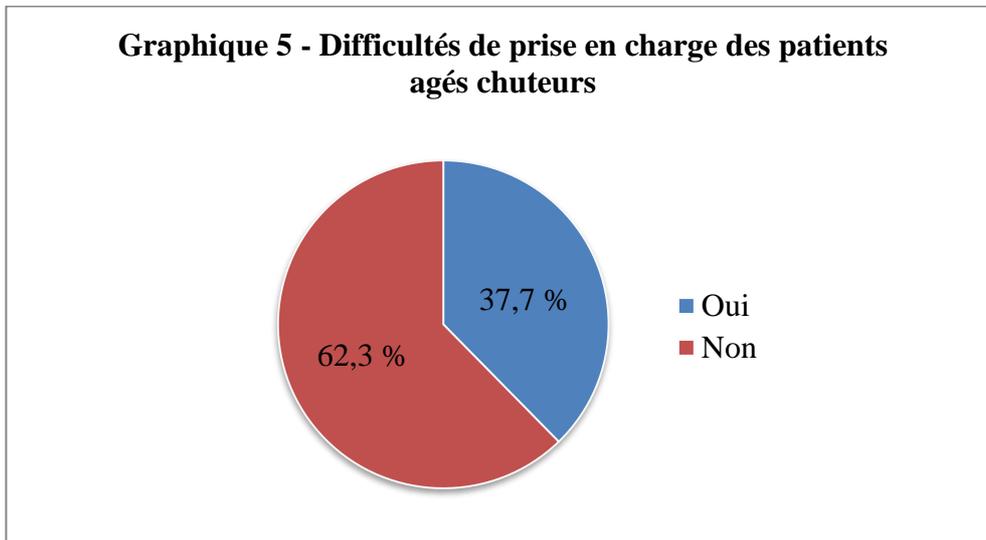
Les médecins sondés rapportaient que de la prise en charge de toute chute chez leurs patients âgés justifiait :

- 94,3 % (n=50) un examen clinique.
- 86,8 % (n=46) une intervention le jour même.
- 26,4 % (n=14) une évaluation gériatrique.
- 26,4 % (n=14) un bilan complet des chutes.
- 24,5 % (n=13) une stratégie standardisée.



4.4.2) Difficultés de prise en charge :

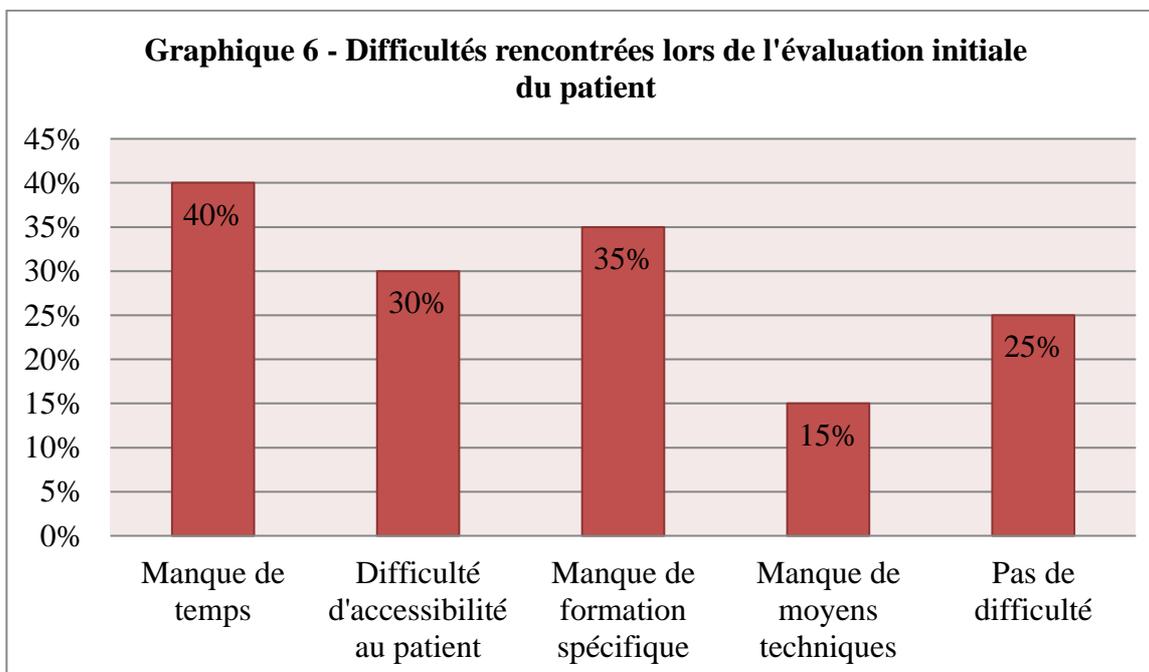
Parmi les médecins généralistes répondant, 62,3 % (n=33) relataient ne pas avoir de difficultés dans la prise en charge des personnes âgées chuteuses alors que 37,7 % (n=20) rapportaient en avoir.



4.5) Difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des personnes âgées chuteuses :

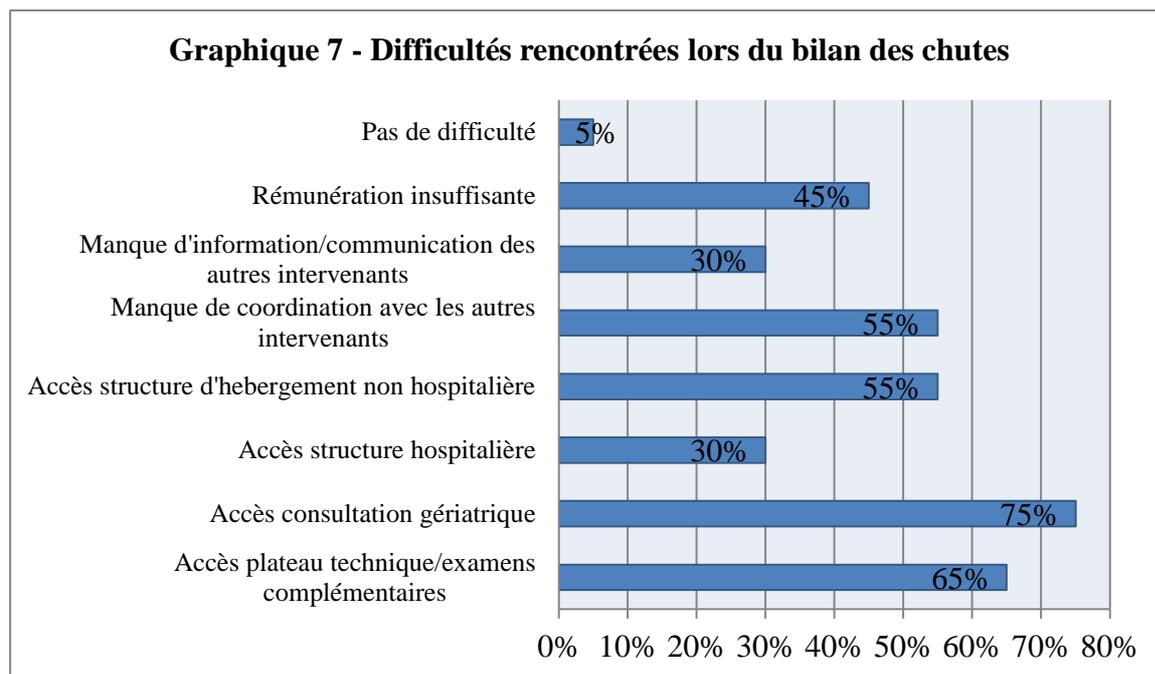
4.5.1) Prise en charge initiale du sujet âgé chuteur :

Concernant les difficultés de prise en charge des patients âgés chuteurs, les médecins généralistes questionnés insistaient surtout sur le manque de temps à leur consacrer pour 40 % (n=8) d'entre eux. Ils étaient 35 % (n=7) à signaler le manque de formation spécifique et 30 % (n=6) une difficulté d'accessibilité au patient.



4.5.2) Bilan des chutes :

La première difficulté rencontrée lors du bilan des chutes était l'accessibilité à une consultation gériatrique pour 75 % (n=15) des médecins généralistes de notre échantillon. Ils étaient ensuite 65 % (n=13) à mettre en avant le difficile accès à un plateau technique et à des examens complémentaires. La problématique d'accessibilité à une structure d'hébergement non hospitalière et le manque de coordination avec les différents intervenants concernés dans la prise en charge étaient retrouvés chez 55 % (n=11) des médecins.



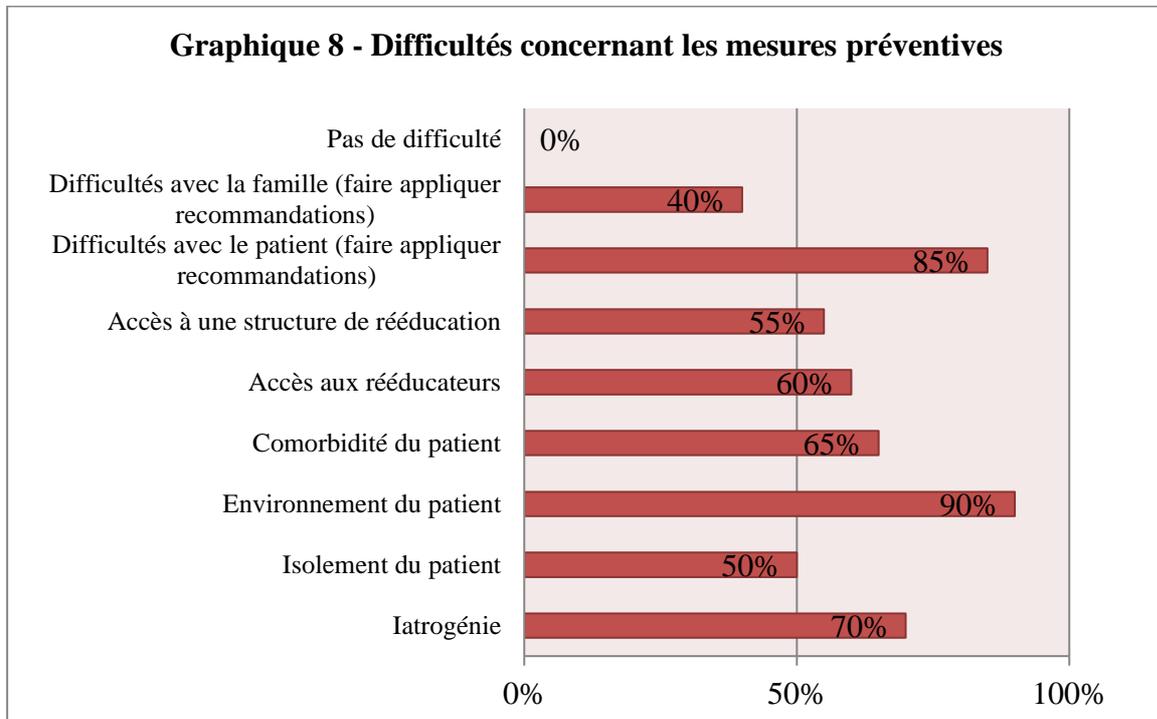
4.5.3) Mesures préventives à mettre en place :

Les mesures préventives à mettre en place chez le sujet âgé chuteur posaient de nombreuses difficultés aux médecins généralistes de notre population d'étude. Pour preuve aucun n'avait déclaré ne pas avoir de problème concernant ces mesures.

Les principales difficultés rencontrées étaient :

- L'adaptation de l'environnement du patient pour 90 % (n=18) ;
- Les difficultés avec le patient pour faire appliquer les recommandations pour 85 % (n=17) ;
- La iatrogénie pour 70 % (n=14).

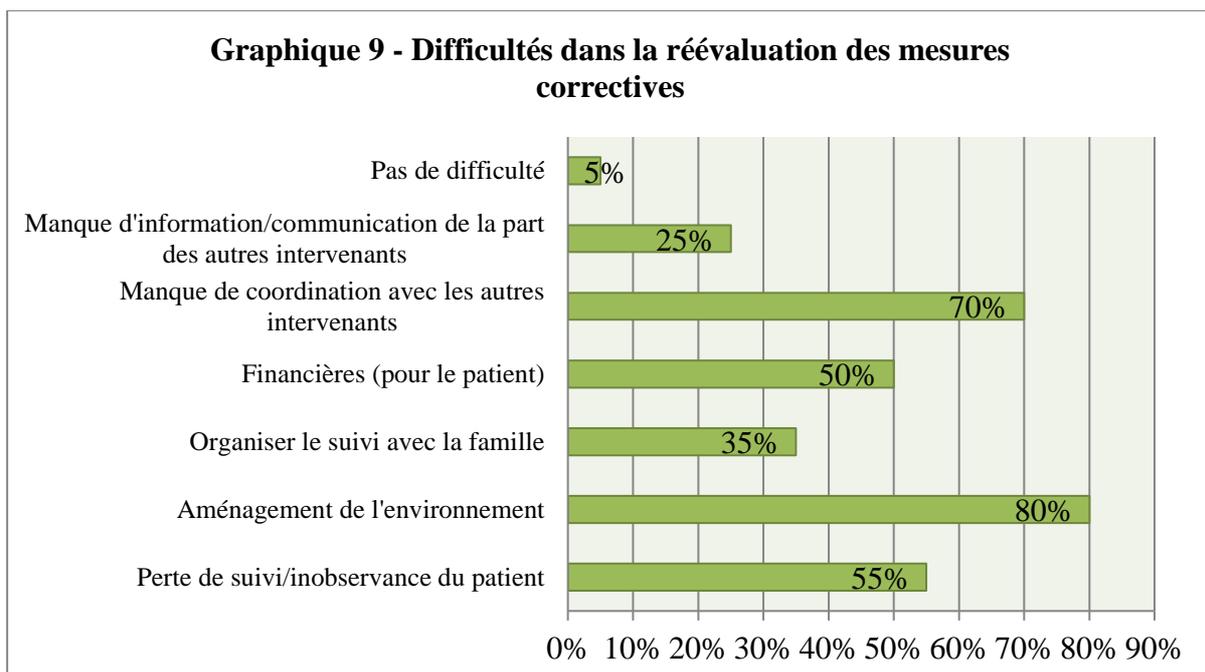
Graphique 8 - Difficultés concernant les mesures préventives



4.5.4) Réévaluation des mesures correctives :

A propos des difficultés rencontrées lors de la réévaluation des patients après la mise en place de mesures correctives, les deux problématiques principales étaient pour 80 % (n=16) des répondants, les difficultés d'aménagement de l'environnement et pour 70 % (n=14) le manque de coordination avec les autres intervenants (médecins spécialistes, rééducateurs...). 55 % (n=11) des interrogés dénonçaient le manque de suivi et/ou l'inobservance des patients et 50 % (n=10) la problématique financière pour le patient.

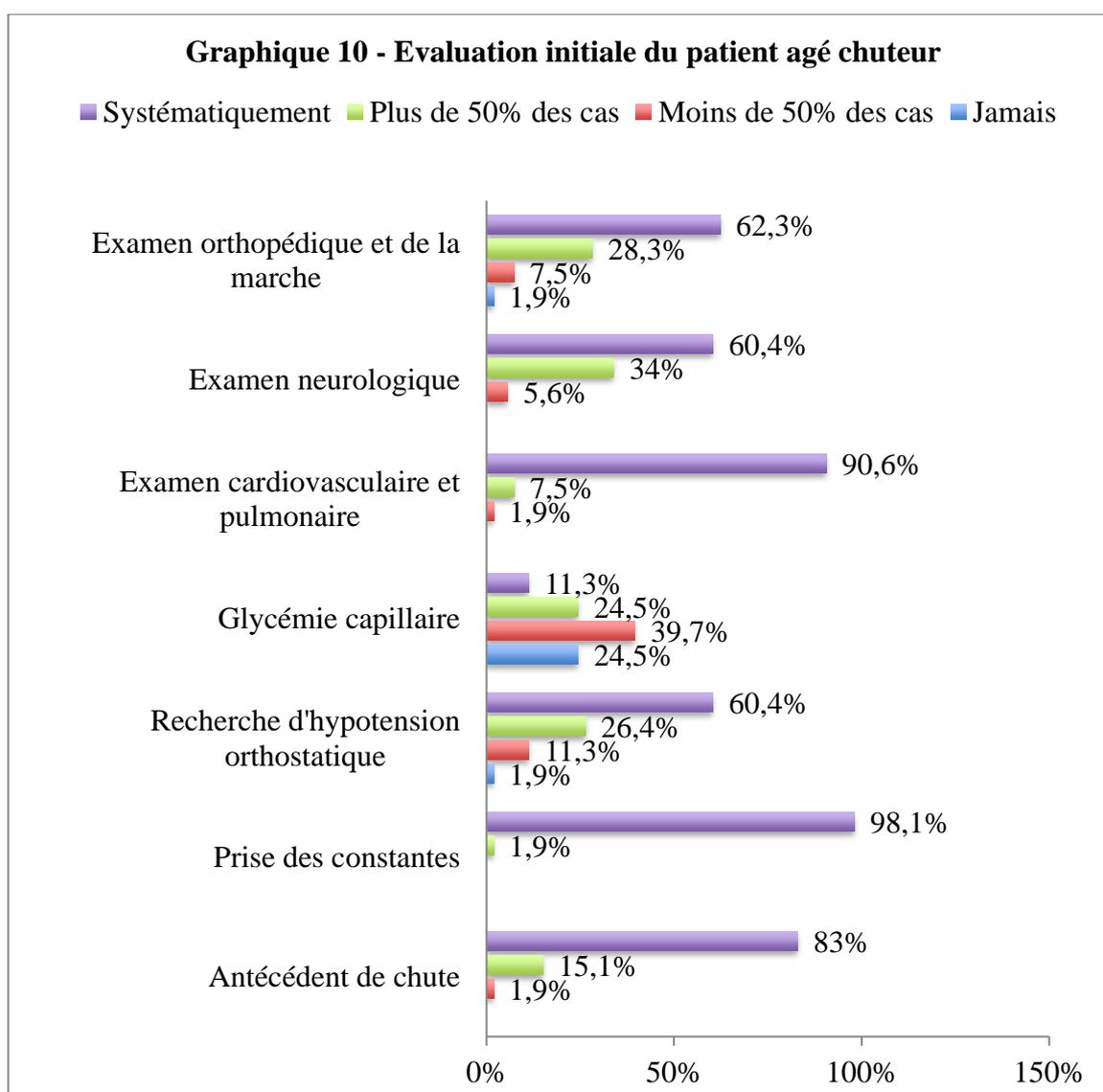
Graphique 9 - Difficultés dans la réévaluation des mesures correctives



4.6) Prise en charge du patient âgé chuteur :

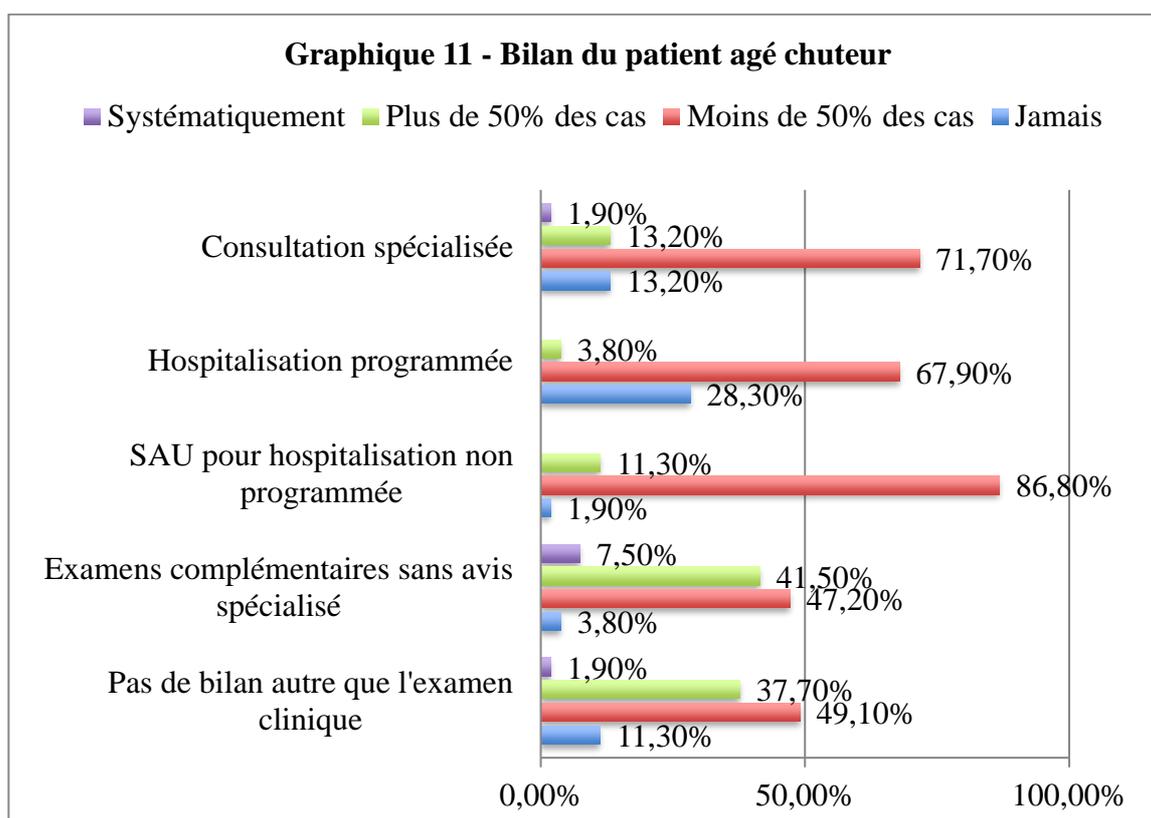
4.6.1) Evaluation initiale du patient âgé chuteur :

Les médecins interrogés sur leur pratique étaient 83 % (n=44) à rechercher systématiquement des antécédents de chutes lors de l'évaluation initiale du patient âgé chuteur. La prise des constantes (température, tension artérielle, pouls) était quasiment systématique puisque 98,1 % (n=52) des interrogés les prenaient lors de chaque chute. En cas de chute du sujet âgé, 60,4 % (n=32) des praticiens recherchaient à chaque fois une hypotension orthostatique. La glycémie capillaire était moins souvent prise. En effet, 11,3 % (n=6) la prenaient systématiquement. Concernant l'examen clinique du patient, étaient réalisés systématiquement : un examen cardiovasculaire et pulmonaire chez 90,6 % (n=48) des médecins, un examen neurologique chez 60,4 % (n= 32) des interrogés et un examen orthopédique incluant un examen de la marche chez 62,3 % (n=33) des répondants.



4.6.2) Le bilan de la chute :

A propos du bilan des patients, la pratique n'était pas systématisée mais s'adaptait en fonction des situations (examen clinique exclusif, prescription d'examens paracliniques sans avis spécialisé, recours au SAU pour une hospitalisation non programmée). Une consultation spécialisée était le plus souvent entreprise dans moins de 50 % des cas. 13,2 % (n=7) des sondés n'y avaient jamais recours.



4.6.3) Prévention des chutes :

Dans le cadre de la prévention des chutes 54,7 % (n=29) des médecins inclus réévaluaient systématiquement l'ordonnance des patients.

Ils étaient 20,8 % (n=11) à rechercher systématiquement un trouble de la marche et/ou de l'équilibre par un test clinique (*Timed Up and Go test*, Station unipodale, *Romberg*).

La dénutrition était investiguée systématiquement pour 39,6 % (n=21) des interrogés.

La majorité de notre population d'étude soit 52,8 % (n=28) ne réalisait une évaluation cognitive par un test neuropsychologique que dans moins de 50 % des cas. 9,5 % ne le faisaient jamais.

L'autonomie était évaluée dans moins de 50 % des cas grâce à un outil standardisé (ADL, AGGIR) pour 45,3 % (n=24) des répondants et n'était jamais investiguée dans 30,2 % (n=16) des cas.

Les médecins interrogés évaluaient systématiquement le chaussage des patients chuteurs à hauteur de 22,6 % (n=12), 17 % (n=9) ne le faisaient jamais.

Une enquête sur l'environnement des patients était entreprise systématiquement ou dans plus de 50 % des cas par la même proportion de répondants, à savoir 34 % (n=18).

Les patients âgés chuteurs étaient systématiquement supplémentés en vitamine D et en calcium pour 28,3 % (n=15) des médecins questionnés.

Le recours à un kinésithérapeute et/ou les recommandations de réalisation d'une activité physique étaient effectués dans plus de 50 % des cas par 58,5 % (n=31) des sondés. Systématiquement pour 24,5 % (n=13).

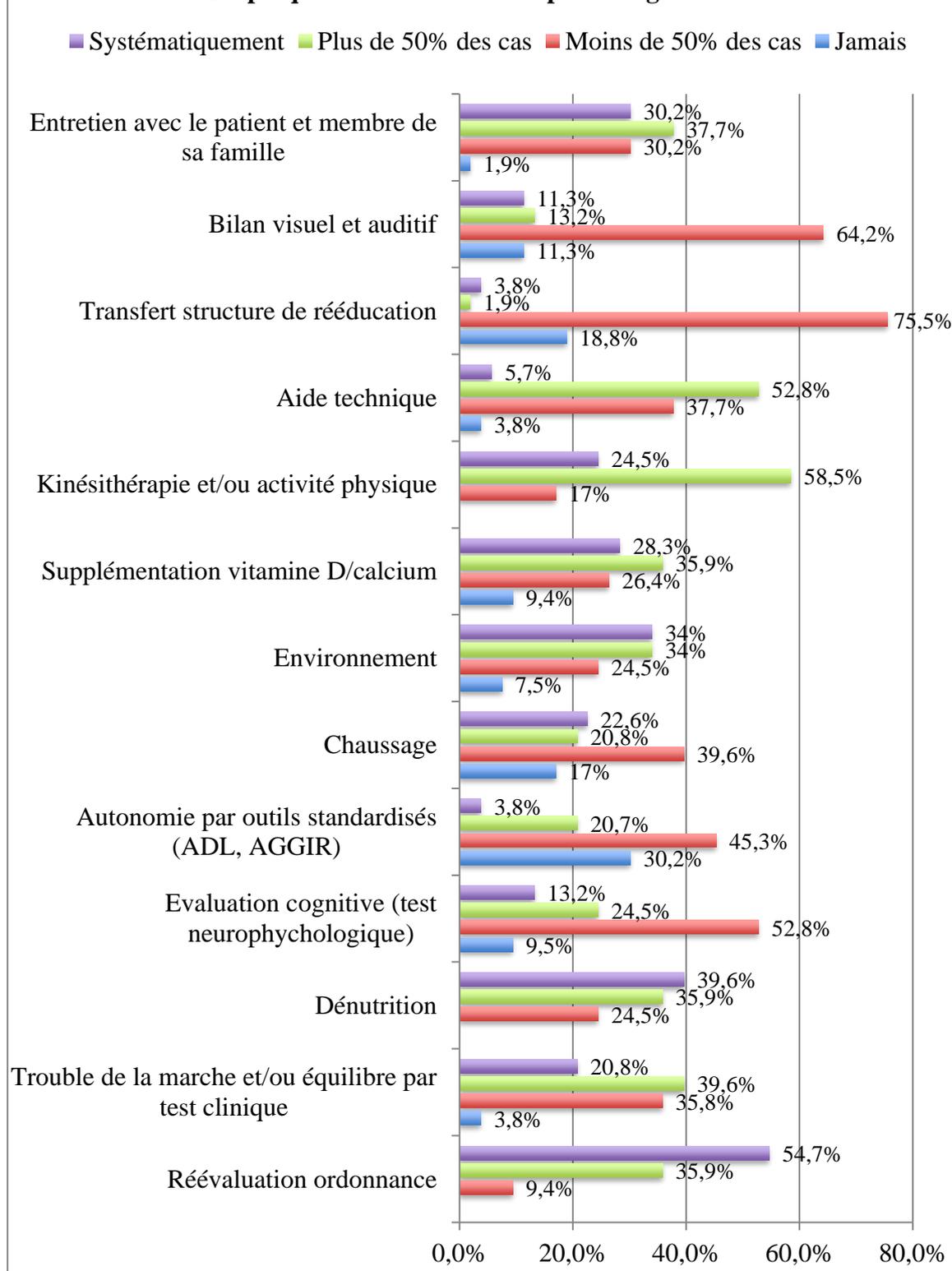
Les aides techniques étaient prescrites dans plus de 50 % des cas par 52,8 % (n=28) des médecins.

La majorité des interrogés, soit 75,5 % (n=40), organisaient un transfert en structure de rééducation dans moins de 50 % des cas. De tels transferts n'étaient jamais réalisés pour 18,8 % (n=10) de notre population d'étude.

Les médecins répondants faisaient effectuer à leurs patients un bilan de la vision et de l'audition dans moins de 50 % des cas à hauteur de 64,2 % (n=34). 11,3 % (n=6) jamais.

Concernant l'entretien du patient âgé chuteur avec un membre de sa famille, les avis divergeaient chez les praticiens interrogés : 37,7 % (n=20) réalisaient cet entretien dans plus de 50 % des cas et 30,2 % (n=16) le réalisaient systématiquement.

Graphique 12 - Prévention du patient âgé chuteur



4.6.4) Réévaluation à distance du sujet âgé chuteur :

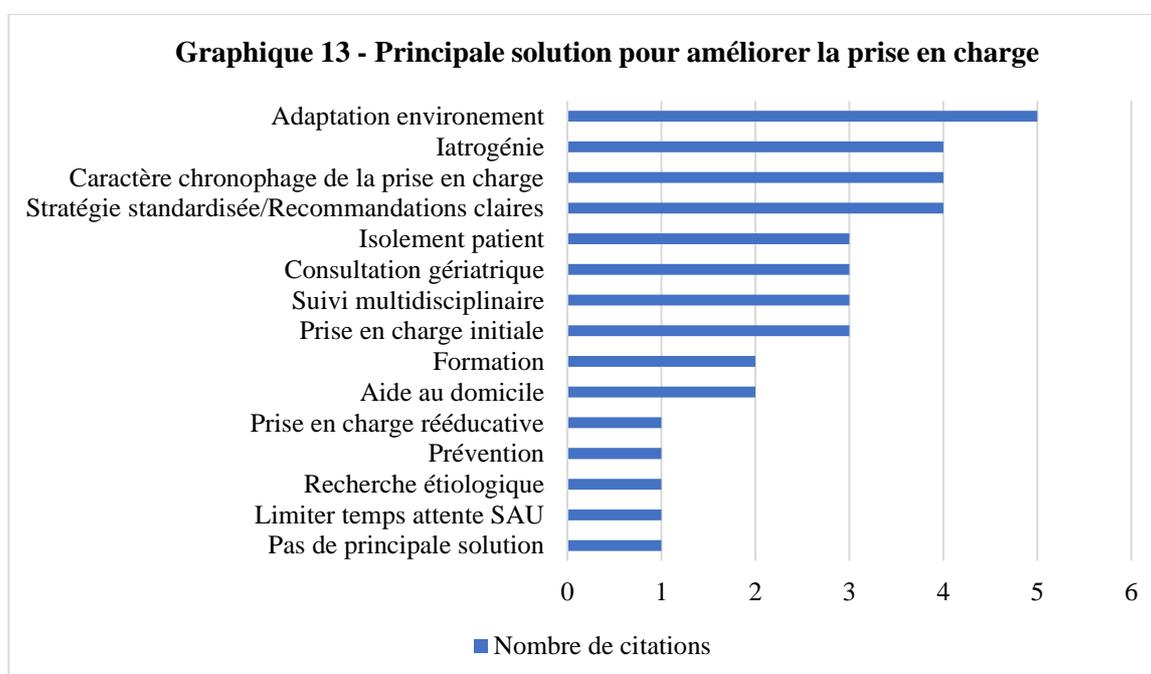
La majorité des médecins répondant, soit 79,2 % (n=42), réévaluait les patients lors d'une consultation non dédiée à la chute. 22,6 % (n=12) lors d'une consultation dédiée à la chute. Le syndrome post-chute était recherché par une minorité de médecin soit 9,4 % (n=5). Une consultation spécialisée était organisée dans 17 % (n=9) des cas.

4.7) Solutions les plus pertinentes pour améliorer la prise en charge ambulatoire des patients âgés chuteurs.

Sur les 53 questionnaires inclus, seuls 38 contenaient une réponse à la dernière question soit un taux de réponse de 71,7 %. La question initiale incitait le médecin interrogé à donner la solution la plus pertinente pour améliorer la prise en charge des patients âgés chuteurs en ambulatoire. Sur les 38 répondants 24 ont fourni une réponse unique et 14 de multiples réponses. Concernant les médecins ayant donné plusieurs réponses, nous avons décidé de ne retenir que la première citée pour ne pas biaiser les résultats. Pour plus d'intelligibilité cette question ouverte a donc été analysée après lecture des différentes réponses en regroupant en thèmes principaux.

Quatre principaux thèmes ressortaient :

L'adaptation de l'environnement « *adaptation des logements au handicap* » ; « *amélioration ergonomique de l'environnement* ». L'importance de la iatrogénie : « *éviter les somnifères et les sédatifs* » ; « *réévaluer les traitements* ». Le manque de temps pour prendre en charge les patients âgés chuteurs. La nécessité d'une stratégie standardisée et de recommandations claires : « *prise en charge standardisée avec recommandations par un groupe d'expert sur le bilan à réaliser* ».



5. Discussion

5.1) Les difficultés

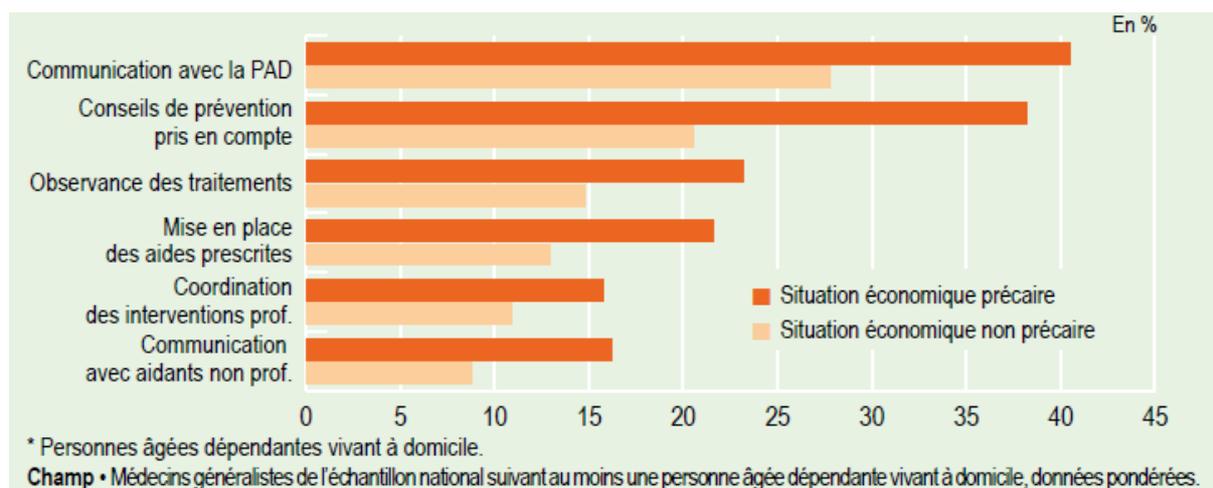
5.1.1) Objectifs de travail :

L'objectif principal de notre travail était de montrer si les médecins généralistes avaient des difficultés dans la prise en charge des patients âgés chuteurs. Les résultats de notre étude révélèrent que la majorité des praticiens n'en avait pas. Néanmoins plus d'un tiers des interrogés (37,7 %) rapportaient des difficultés dans la prise en charge de ces patients, ce qui crédibilise notre travail. Nous n'avons trouvé que peu d'études interrogeant les médecins généralistes sur leur gestion de la personne âgée chuteuse et l'existence d'éventuelles difficultés pour venir confirmer nos résultats.

Toutefois, on retrouve dans plusieurs travaux que les médecins présentent des difficultés dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes et fragiles. La chute étant une problématique essentielle de ces patients, la conclusion de ces études semble tout à fait extrapolable aux patients âgés chuteurs.

Les chutes sont un facteur d'entrée ou d'aggravation dans la dépendance. En 2008, il existait 1,3 million de personnes âgées dépendantes parmi les 60 ans ou plus. Le taux de dépendance croissait avec l'âge et pouvait atteindre jusqu'à 4 personnes âgées sur 10 après 85 ans. (43) Les principales difficultés rapportées par les médecins généralistes concernant la prise en charge des personnes âgées dépendantes étaient la communication avec la personne âgée, les conseils de prévention non pris en compte, l'observance des traitements, la mise en place des aides prescrites, la coordination avec les intervenants professionnels et la communication avec les aidants non professionnels. (43) Ces différentes problématiques étaient toutes majorées en fonction de l'âge des praticiens (les plus jeunes ayant plus de difficultés) et de la situation économique des patients, les praticiens ayant plus de difficultés avec les sujets en situation économique précaire. Toutes ces difficultés ont été mises en avant par les médecins ayant répondu à notre questionnaire.

Figure 4 : Difficultés de prise en charge rapportées par les médecins généralistes selon la situation économique des personnes âgées dépendantes



Source DRESS : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Mars-Juin 2012.

Par ailleurs, même si les recommandations actuelles incitent les médecins généralistes à dépister annuellement le risque de chute chez leurs patients âgés, cela n'est que trop peu réalisé dans la pratique, les chutes étant souvent banalisées par le médecin. (14) Une étude retrouvait que 65,3 % des médecins généralistes pensaient que le dépistage annuel des chutes était utile à leurs patients âgés. Mais seulement 28,8 % des praticiens le mettaient en œuvre annuellement et uniquement 9,3 % tous les 2 à 5 ans. Les praticiens questionnés relataient plusieurs difficultés pour le dépistage de ces patients comme : la sélection des patients, l'oubli, les conditions de travail inadaptées, le manque de temps, le manque de connaissance, l'insuffisance de la compensation financière. Notre étude pointe du doigt ces différents arguments, ce qui pourrait engendrer une sous-estimation de la problématique ainsi que des difficultés rapportées par les médecins interrogés. (14)

Pour les médecins de notre étude ayant relaté des difficultés, il apparaît qu'elles concernaient en priorité les mesures préventives (concernait 100 % des médecins ayant des difficultés), puis venaient celles en rapport avec le bilan et la réévaluation des mesures correctives (5 % n'avaient aucune difficulté dans ces deux catégories). Et enfin, 25 % des praticiens se jugeant en difficulté dans la prise en charge des chutes n'avaient pas de problème avec l'évaluation initiale.

Concernant la prise en charge de leurs patients âgés chuteurs, on notait un écart entre les recommandations théoriques et la pratique quotidienne des praticiens. Cela tendait à prouver que les recommandations actuelles étaient difficilement applicables pour le médecin généraliste.

5.1.2) Difficultés liées au patient

Les difficultés rapportées par les praticiens étaient souvent liées au patient lui-même : son environnement, son isolement, sa banalisation des chutes, son inobservance, la iatrogénie.

5.1.2.1) L'environnement :

L'environnement était la première difficulté évoquée dans la prévention des chutes (90 % des praticiens) et dans la réévaluation des mesures correctives (80 % des praticiens). C'était aussi la mesure la plus citée par les médecins de notre panel concernant la solution à améliorer pour la prise en charge des sujets âgés. Néanmoins dans leur prise en charge seulement 34 % des médecins évaluaient systématiquement le domicile de leurs patients et 34 % dans plus de 50 % des cas. Cela contraste avec leur désir d'agir sur l'environnement du malade et peut être expliqué par le caractère chronophage de l'évaluation, le problème de l'accès au malade ou encore le manque d'adhésion de la part du patient décrit dans notre étude.

La majorité des logements des personnes âgées présente des dangers pouvant entraîner des chutes. (44) (45) Ainsi, l'intérêt d'interventions visant à évaluer le risque de chute au domicile et la mise en place d'actions correctives ont été testées et ont montré leur efficacité dans plusieurs études (surtout pour des patients ayant un risque de chute élevé). (44) (46) Même si les simples recommandations sont peu efficaces, les patients ne les appliquant pas au domicile dans la plupart des cas, l'éducation et l'information de ces derniers paraissent primordiales. Ainsi l'INPES met à disposition des praticiens et des patients une brochure intitulée « *Comment aménager votre maison pour éviter les chutes ?* ». On retrouve les principales informations concernant les risques de chute liés à l'environnement ainsi que les solutions à mettre en place mais aussi des informations sur les techniques pour se relever du sol en cas de chute ou encore des conseils d'exercices pour préserver son équilibre.

5.1.2.2) L'isolement :

Dans notre travail, les praticiens en difficulté relataient, pour la moitié d'entre eux, la notion d'isolement des patients. Les personnes âgées sont souvent seules au domicile ou difficilement accessibles pour les médecins. Dans la Somme 38,6 % des personnes de 75 ans et plus vivent seules au domicile. (47)

Tableau 4 : Mode de cohabitation des personnes de 75 ans et plus en 2012		
Mode de cohabitation	Picardie	Somme
Vivant en couple, en couple ou seules avec enfant(s) :	47 %	47,1 %
Vivant en institution :	9,9 %	9,8 %
Ne vivant pas seules (autres cas) :	4,3 %	4,4 %
Vivant seules :	38,7 %	38,6 %

Source : Ministère des études et de la santé, étude STATISS 2015

Le fait de vivre seul au domicile pour une personne âgée est considéré comme un risque potentiel pour sa santé par plusieurs travaux. (48) (49) La solitude est souvent sous-estimée, une étude retrouvait que 39 % des personnes âgées souffraient de solitude et que ces dernières étaient significativement associées à un excès de mortalité par rapport aux personnes âgées ne souffrant pas de solitude. (49) Ces patients sont associés à un risque accru de chute et nécessite donc d'entourer les patients isolés soit en impliquant leur entourage soit en instaurant un système d'aide au domicile ce qui n'est, là encore, pas toujours aisé.

5.1.2.3) Banalisation :

Un autre argument que nous pouvons avancer pour comprendre les difficultés dépeintes par les praticiens est que les chutes sont souvent banalisées par les patients expliquant le peu d'intérêt qu'ils portent à cette problématique et leur inobservance des mesures préventives mises en place. (7) (14) (30) Sur une chute, environ deux personnes âgées sur cinq feront appel à une aide médicale. (14) La grande majorité des chuteurs de plus de 65 ans pense ne pas être à risque de chuter à nouveau après un premier épisode. Ils banalisent complètement la chute, ignorent les raisons et conséquences possibles et interprètent ces événements comme irréversibles. (7) Les chutes, si elles n'entraînent pas de conséquences jugées graves par le patient, sont donc souvent passées sous silence pouvant entraîner un retard de prise en charge et une sous-estimation du problème par les médecins généralistes. (14) (29) (30) (31) On estime qu'entre

10 et 30 % des chutes bénéficieraient d'une évaluation des risques par les praticiens. (14) Des campagnes d'information sur les étiologies des chutes, les conséquences et les moyens de prévention pourraient avoir comme effet de sensibiliser les patients à cette problématique.

5.1.2.4) La iatrogénie :

La iatrogénie posait problème à 70 % des médecins ayant des difficultés dans la prévention des patients âgés chuteurs. C'était aussi une des principales mesures citées pour améliorer l'exercice. Néanmoins seulement 54,7 % des praticiens réévaluaient systématiquement le traitement des patients après une chute. Cela est trop peu, tout patient chuteur devant voir son traitement réévalué. (4) L'utilisation des médicaments est plus compliquée chez les patients âgés, souvent atteints de plusieurs pathologies nécessitant diverses classes médicamenteuses. Ces patients sont aussi plus sensibles aux effets secondaires des médicaments et les effets du vieillissement ou les pathologies peuvent altérer le métabolisme des traitements. (44) Les médicaments sont un facteur de risque prédisposant classique des chutes. La définition de la polymédication donnée par l'organisation mondiale de la santé est « *l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments* ». La HAS retient la polymédication comme la prise de plus de 4 médicaments par jour. Les psychotropes, cardiotropes et antalgiques sont particulièrement visés. (4)

Tableau 5 : Risque de chutes et prise de psychotropes, cardiotropes et antalgiques

Classe thérapeutique	Odd ratio*	Intervalle de confiance
Indifférenciée	1,7	1,5-2,0
Sédatifs/hypnotiques	1,7	1,4-1,9
Antidépresseurs	1,5	1,1-2,0
Neuroleptiques	1,5	1,2-1,8

* : Odd ratio ajusté pour l'âge et le lieu de vie

Classe thérapeutique	Odd ratio*	Intervalle de confiance
Médicaments cardio-vasculaires		
Antiarythmiques	1,6	1,1-2,5
Digoxine	1,2	1,1-1,4
Diurétiques	1,1	1,1-1,2
Bêta-bloquants	0,9	0,8-1,1
Inhibiteur de l'enzyme de conversion	1,2	0,9-1,6
Inhibiteurs calciques	0,9	0,8-1,1
Antalgiques		
Opiacés	1,0	0,8-1,2
Non opiacés	1,1	0,9-1,3
AINS	1,2	1,0-1,4

* : Odd ratio ajusté pour l'âge et le lieu de vie, AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

Source : HAS évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. 2009. Risque de chutes, cardiotropes et antalgiques selon Leipzig et al. (4)

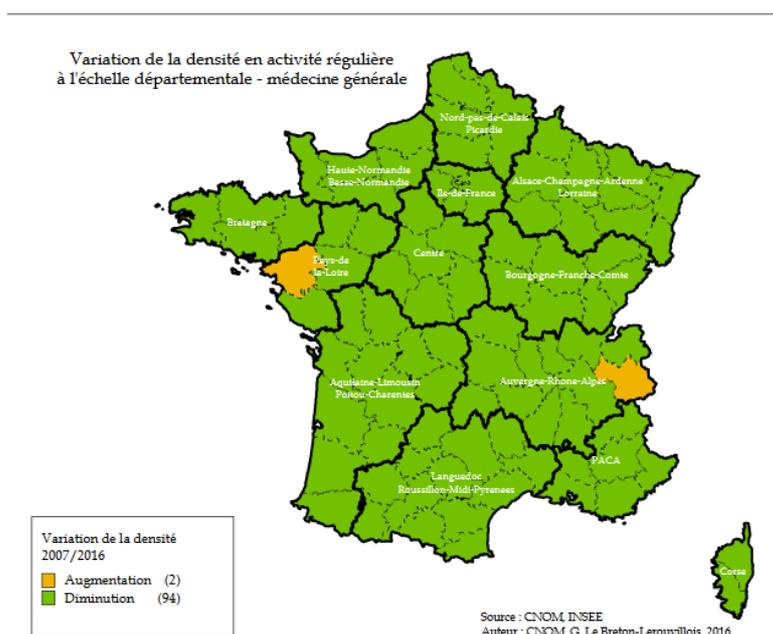
La révision systématique des ordonnances paraît donc essentielle dans la prise en charge de ces patients. Concernant les psychotropes, il a été démontré que le retrait progressif de ces derniers

réduisait le taux de chute. (46) Un programme de modification de la prescription destiné aux médecins généralistes conduisait aussi à une réduction significative des risques de chute pour leurs patients. (46) Il s'agit donc d'une piste à explorer dans la prévention des chutes.

5.1.3) Difficulté d'accès aux soins :

La France comptait 285 840 médecins inscrits au tableau de l'Ordre au premier janvier 2016. Parmi ces derniers, on dénombrait 88 886 médecins généralistes ayant une activité régulière. La moyenne d'âge des médecins généralistes était de 52 ans avec 54 % d'homme et 46 % de femmes. 27,3 % avaient 60 ans et plus. Depuis 2007, on constatait une baisse des effectifs de 8,4 %. Si cette tendance se confirme, en 2025 la baisse pourrait atteindre 81 455 praticiens en activité régulière. (50) De même, on notait une baisse de la densité médicale en France métropolitaine sur la période 2007-2016 avec 132,1 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

Figure 5 : Variation de la densité en activité régulière, médecine générale 2007/2016



Source : Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale en France 2016.

La Somme présentait, en 2016, une densité médicale de 146,9 médecins généralistes pour 100 000 habitants avec 858 médecins généralistes. Comme pour le reste de la France, la variation des effectifs sur la période 2007-2016 était en chute avec -5,8 %. (50) L'accès aux médecins généralistes sera donc de plus en plus compliqué si les tendances actuelles se

poursuivent surtout pour les personnes âgées qui ne peuvent pas toutes se déplacer au cabinet et occupent une part majoritaire des visites à domicile. Qui plus est, l'intervention des partenaires paramédicaux est primordiale pour le travail autour des patients chuteurs. Le médecin généraliste en étant le prescripteur et le coordonnateur privilégié. Comme le montre les résultats de l'étude STATISS 2015, ces différents intervenants étaient sous représentés en Picardie et par extension dans la Somme comparativement aux chiffres de la France métropolitaine. (47)

Tableau 6 : Professionnels de santé libéraux ou mixtes en exercice au 01/01/2015 : nombre et densité pour 100 000 habitants

Professionnels de santé :	France métropolitaine	Picardie	Somme
Kinésithérapeutes			
Nombre	63 918	1 098	407
Densité	100	57	71
Pédicures/Podologues			
Nombre	12 817	305	93
Densité	20	16	16

Source : Ministère des études et de la santé, étude STATISS 2015

Tableau 7 : Professionnels de santé libéraux ou salariés en exercice au 01/01/2015 :

Professionnels de santé :	France métropolitaine	Picardie	Somme
Psychomotriciens	10 011	241	75
Ergothérapeutes	9 462	230	76

Source : Ministère des études et de la santé, étude STATISS 2015

Dans notre travail, les praticiens ayant déclaré avoir des difficultés dans la prise en charge des patients âgés chuteurs, relataient la problématique de l'accès aux rééducateurs, et celle de l'intervention sur l'environnement. Concernant la prise en charge des patients, la grande majorité des médecins sondés rapportait prescrire la kinésithérapie et/ou recommander une activité physique systématiquement ou dans plus de 50 % des cas. Cela était en accord avec les recommandations actuelles, de nombreuses études ayant prouvé l'intérêt de la kinésithérapie après une chute pour les sujets présentant des troubles de la marche et/ou de l'équilibre. (4) (35) L'accès aux ergothérapeutes ou aux psychomotriciens est encore plus compliqué, ces

professions n'étant quasiment pas représentées en secteur ambulatoire rendant difficile une prise en charge rééducative et préventive pluridisciplinaire et individualisée. La preuve du bénéfice de leur intervention après une chute est établie par plusieurs travaux. (46)

A propos du bilan des chutes, les médecins interrogés dans notre travail éprouvaient des difficultés d'accès aux structures de prise en charge, qu'elles soient ambulatoires via la consultation spécialisée ou l'hôpital de jour, comme hospitalières via une hospitalisation programmée. Le passage au SAU après une chute n'apparaissait pas comme une solution en soi, surtout si les patients étaient renvoyés au domicile sans suivi ultérieur. Une étude avait démontré qu'après le passage au SAU d'une personne âgée pour chute avec retour au domicile le risque de chute était augmenté à 6 mois. (51)

Le recours à une évaluation gériatologique standardisée devrait être systématique pour les patients âgés. Il s'agit d'une évaluation pluridisciplinaire et multidimensionnelle conçue pour évaluer les capacités fonctionnelles des personnes âgées ainsi que leur santé physique et mentale en intégrant cela dans un contexte socio-environnemental. Malheureusement cette évaluation, extrêmement chronophage, est impossible à réaliser au cabinet en médecine générale. Le recours au gériatre devient alors nécessaire pour réaliser cette évaluation afin d'élaborer un plan de soins, le suivi, pour coordonner l'évaluation des besoins et proposer une conduite à tenir sur le long terme. Développer l'accès aux gériatres ainsi qu'aux centres d'évaluation du risque de chute pourrait être un axe de travail pour améliorer la prise en charge des patients mais leur accès ainsi que la disponibilité des places sont encore trop limités comme le montre les résultats de notre travail. La prise en charge du patient âgé chuteur est d'ailleurs une priorité de la filière gériatrique amiénoise dans le cadre du groupement hospitalier de territoire, avec la création d'une trajectoire de soins dédiée pour les patients victimes de chutes, pouvant être adressés par le médecin généraliste.

5.1.4) Coordination :

Le médecin généraliste joue un rôle pivot dans la coordination des soins. Il est le plus à même de gérer cette coordination (1) (52) et est souvent le médecin le plus accessible pour le patient et celui à qui toutes les données des différents intervenants sont transmises. Mais il intègre aussi le patient dans son environnement et tient compte de certaines données économiques, sociales, psychologiques et familiales. Vision qui n'est souvent pas disponible pour les autres spécialistes.

Cette coordination permet au patient de consulter les spécialistes les plus adaptés à ses pathologies mais aussi tous les professionnels de santé dont il a besoin. Elle permet de soutenir

le patient ainsi que sa famille pour recevoir les meilleurs soins possibles dans toute la complexité du système de soins. (52) Les connaissances de la médecine ayant largement augmentées ces dernières années, un seul médecin ne peut plus prendre en charge de la meilleure des manières un patient polyopathologique, d'où la nécessité d'une coordination efficace. (52) La prise en charge des chutes chez le sujet âgé cristallise la nécessité d'une bonne coordination des soins pour ces patients présentant des facteurs de risques de chute multidimensionnels nécessitant potentiellement de nombreux intervenants.

Néanmoins, comme le montrait notre travail, les médecins sondés rapportant des difficultés dans la prise en charge des patients âgés chuteurs et notamment dans le bilan des chutes dénonçaient un manque de coordination avec les autres intervenants ainsi qu'un manque de communication. Ces informations étaient en accord avec les données de la littérature. Ainsi l'un des principaux obstacles rapporté par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients âgés dépendants était la coordination avec les différents intervenants. (43) (52) Des études ont montré qu'aucune information n'était transmise au médecin généraliste après une consultation spécialisée dans 55 % à 80 % des cas. (52) Les patients sont bien évidemment demandeurs d'une meilleure communication entre les intervenants, ce qui leur semble bénéfique pour leur prise en charge. Il est donc essentiel de développer une meilleure coordination entre médecins spécialistes et médecins généralistes mais aussi avec les différents professionnels de santé intervenants dans la prise en charge de ces patients. Cela passe aussi par une meilleure diffusion de l'information sur les dispositifs existants (et leur disponibilité) concernant l'évaluation et la prise en charge des patients âgés chuteurs.

5.2) La prise en charge des patients âgés chuteurs :

5.2.1) Visites au domicile :

Dans notre travail, la grande majorité des interrogés effectuait des visites au domicile des patients. Ces visites sont essentielles dans la pratique du médecin généraliste car elles permettent d'appréhender le patient dans son environnement et d'en faire une évaluation plus complète. (53) Il est ainsi possible de connaître l'alimentation du patient, la façon dont il gère ses médicaments, son hygiène, l'état de son habitation, son autonomie globale et son environnement.

C'est souvent le moyen de rencontrer ses proches et un moment privilégié avec le patient plus enclin à la discussion et au processus éducatif. Autant de facteurs de risque de chute modifiables qui deviennent alors accessibles au praticien.

Plusieurs études ont montré l'intérêt des visites au domicile. Elles permettent une baisse du déclin fonctionnel, une amélioration de la qualité de vie, une diminution des dépenses de santé en induisant moins de consultations au SAU et moins d'hospitalisation. (53) (54) (55) Néanmoins depuis plusieurs années, on note une baisse des visites au domicile dans plusieurs pays européens. (53) Les principaux freins évoqués par les médecins étaient le manque de temps et la rémunération insuffisante comparée à l'effort consenti. En effet, les consultations sont plus longues en visite qu'au cabinet (43) et nécessitent de se déplacer chez le malade qui habite parfois loin du cabinet. (54) Cela va dans le sens de nos résultats, le manque de temps étant la première difficulté rapportée par les médecins interrogés évoquant des difficultés dans l'évaluation initiale des patients âgés chuteurs et aussi l'un des principaux problèmes cités pour améliorer la prise en charge des patients. Par ailleurs, près de la moitié des médecins mentionnait une rémunération insuffisante dans le bilan des chutes comparativement à l'effort de coordination nécessaire.

Le vieillissement de la population à venir devrait avoir pour conséquence une augmentation du nombre de sujets âgés chuteurs vivant au domicile avec des niveaux de dépendance variables et une impossibilité de se déplacer au cabinet. Il est donc essentiel de maintenir les visites au domicile dans l'activité du praticien. Le fait que la population de notre étude effectuait dans la grande majorité des cas des visites au domicile pouvait expliquer que la majeure partie des médecins ne rapportait pas de difficulté dans la prise en charge des patients âgés chuteurs.

5.2.2) Prise en charge pratique et recommandations théoriques :

5.2.2.1) Evaluation initiale :

Les médecins interrogés étaient globalement en accord avec les recommandations. Dans son questionnaire standardisé, la HAS recommande pour tout patient âgé chuteur d'effectuer un examen clinique contenant :

- La prise de la tension artérielle et de la température corporelle,
- La recherche de douleurs aiguës,
- Une auscultation cardio-pulmonaire,
- Un examen évaluant la capacité à rester stable debout,
- Un test de Station unipodal et le *Timed Up and Go test*,
- Un test de *Romberg*.

La grande majorité de notre population d'étude réalisait systématiquement la prise des constantes ainsi qu'un examen cardiovasculaire et pulmonaire. Il en était de même pour la recherche d'un antécédent de chute. On notera néanmoins que seuls 6 médecins sur 10 réalisaient un examen neurologique, un examen orthopédique et une étude de la marche dans leur prise en charge initiale ce qui est encore trop peu. Sans cette évaluation, il est impossible d'apprécier la nécessité éventuelle du kinésithérapeute pour corriger d'éventuels troubles de la marche ou encore de juger de la prescription d'une aide technique adaptée.

Le test de Station unipodale et le *Timed Up and Go test* sont deux tests standardisés, validés et considérés comme des facteurs de risque de récurrence de chute en cas de positivité. (56) Le test de Station unipodale permet d'étudier l'équilibre postural statique. Il évalue la capacité d'une personne à rester debout sur un pied. Il est anormal si la personne âgée ne peut pas tenir sur une jambe au moins 5 secondes. Le *Timed Up and Go test* évalue la marche et l'équilibre postural dynamique. On évalue le temps que met le patient pour se lever d'une chaise (avec accoudoirs), marcher 3 mètres, faire demi-tour et retourner s'asseoir. Le test est considéré normal par la HAS si réalisé en moins de 20 secondes. (4) (56) Ces deux tests sont facilement réalisables au cabinet ou chez le patient et sont peu chronophages. Ils ont une place essentielle pour évaluer la mobilité, la marche et l'équilibre des patients âgés chuteurs. L'étude des troubles de la marche est donc primordiale car ce sont des facteurs évidents de récurrence de chute et donc de gravité comme le précise la HAS.

5.2.2.2) Bilan de chute :

Le recours au SAU n'était pas la règle. Nos sondés se chargeaient eux même des patients, grâce à un examen clinique ciblé. La prescription d'examen complémentaires n'était pas systématique mais se réalisait en fonction des situations comme le recommande la HAS. Concernant le recours à une hospitalisation programmée ou à une consultation spécialisée la majorité des patients n'en bénéficiait pas. 13,2 % des médecins interrogés n'orientaient jamais leurs patients en consultation spécialisée. De même pour l'hospitalisation programmée, jamais envisagée pour 28,3 % des questionnés. Cela peut s'expliquer par la méconnaissance de la consultation chute, par la difficulté d'accessibilité aux spécialistes, par la banalisation des chutes ou parce que les médecins interrogés ne présentent majoritairement pas de difficultés dans la prise en charge des chutes et n'en ressentent donc pas le besoin.

5.2.2.3) Prévention des chutes :

La HAS propose une intervention sur plusieurs axes afin de prévenir la récurrence des chutes et leurs complications basée sur :

- La révision de l'ordonnance,
- La correction/traitement des facteurs de risque modifiables,
- Le port de chaussures adaptées,
- La pratique régulière de la marche et/ou de toute autre activité physique,
- Un apport calcique alimentaire entre 1 et 1,5 g par jour et la correction d'une éventuelle carence en vitamine D par un apport journalier d'au moins 800 UI,
- En cas d'ostéoporose avérée, un traitement anti-ostéoporotique,
- L'utilisation d'une aide technique à la marche adaptée en cas de troubles locomoteurs.

Il ressort de notre étude que les praticiens ne suivaient globalement pas ces recommandations. L'ordonnance n'était réévaluée systématiquement que par la moitié des médecins. Cela paraît essentiel et devrait être entrepris pour chaque patient afin de rechercher des médicaments potentiellement impliqués dans les chutes comme les psychotropes et les antihypertenseurs. L'arrêt progressif des psychotropes chez les patients âgés chuteurs permet de réduire efficacement le taux de chute. (46)

La mise en place de kinésithérapie ou d'une activité physique sont deux des principales mesures dans la prévention des chutes. En effet, plusieurs études ont prouvé le bénéfice d'un travail centré sur le renforcement musculaire, le travail de l'équilibre et la rééducation à la marche pour prévenir le risque de chute et réduire le taux de chute. (44) (46) Cela a aussi un effet positif sur le moral du malade qui reprend souvent confiance en soi en gagnant de l'autonomie. Dans notre travail, la prescription de kinésithérapie ou la pratique d'une activité physique n'était instaurée systématiquement que par un quart des médecins. Cela résultait d'une évaluation de la marche et de l'équilibre insuffisante (là encore, seuls 20,8 % l'évaluaient systématiquement), pourtant primordiale afin d'initier ou non une prise en charge rééducative et guider la prescription d'aide technique.

Certains types de chaussures sont associés à un risque majoré de chute. Notamment les chaussures à talons hauts et à semelles épaisses. (57) La HAS recommande d'évaluer systématiquement le chaussage des patients âgés chuteurs et de préférer les chaussures « à talons larges et bas (2-3 cm), à semelles fines et fermes avec une tige remontant haut ». (4) La qualité du chaussage n'était investiguée systématiquement que par moins d'un quart des sondés.

Plusieurs travaux ont prouvé que la supplémentation en vitamine D entre 700 et 800 UI par jour permettait une réduction significative du risque de fracture de hanche et de fracture non vertébrale mais aussi une baisse du risque de chute (surtout pour les personnes âgées ayant un taux de vitamine D bas avant la mise en place du traitement). (58) (59) La supplémentation en vitamine D et en calcium n'était systématiquement prescrite que pour 28,3 % des médecins.

L'évaluation de l'autonomie, par exemple avec l'ADL et la grille AGGIR, permet d'apprécier globalement l'autonomie des patients mais aussi d'évaluer la mise en place d'aides techniques, humaines ou encore économiques et nous paraît essentielle dans la prise en charge globale des patients. Elle était systématiquement évaluée par seulement 3,8 % des questionnés car souvent jugée chronophage. De plus, les praticiens se jugent souvent capables d'évaluer globalement l'autonomie de leurs patients et de mettre en place des aides adaptées sans avoir recours à une évaluation spécifique.

Dans notre travail l'évaluation systématique de l'environnement pour la prévention des chutes ne concernait qu'un tiers des médecins. Aller au domicile du patient pour étudier ses conditions de vie et voir les dangers que présente son environnement est primordial. L'analyse du lieu de vie et la mise en place d'actions correctives permettent de prévenir efficacement les chutes (tapis, mauvais éclairage, surface glissante...). (44) (46) Cependant le praticien se heurte souvent à de multiples difficultés quand il essaye de modifier l'environnement de son patient qui n'applique bien souvent pas les conseils prodigués et gère mal cette interférence dans son intimité et son lieu de vie tel qu'il le connaît. La banalisation des chutes et le coût économique de certains aménagements peuvent aussi expliquer l'inobservance du patient.

La déficience visuelle concerne 20 % des 75 ans et plus. Les atteintes les plus fréquentes sont la réduction du champ visuel et la baisse de l'acuité visuelle. La baisse de l'acuité visuelle est considérée depuis longtemps comme un facteur de risque prédisposant de chute mais les altérations du champ visuel aussi. Il s'agit parfois de causes curables comme la cataracte. (60) (61) Nos sondés n'étaient que 11,3 % à réaliser un bilan systématique de la vision et de l'audition, probablement par oubli ou méconnaissance de ces facteurs de risque.

La dénutrition est un facteur de risque de chute établi. (4) (62) Les interventions nutritionnelles chez les patients dénutris montrent un risque moins élevé de chute à l'avenir. (62) 39,6 % de notre population d'étude recherchent systématiquement une dénutrition chez leurs patients âgés chuteurs.

On constate une augmentation de l'incidence des chutes chez les personnes âgées atteintes de troubles cognitifs (doublée ou triplée par rapport aux patients n'en présentant pas). Il s'agit encore une fois d'une piste à investiguer. Les troubles cognitifs étant sous évalués par les médecins généralistes. (4) Parmi les médecins inclus, 13.2 % évaluaient l'état cognitif de leurs patients par un test neuropsychologique. Ces tests sont jugés chronophages, néanmoins ils bénéficient d'une cotation spécifique en médecine générale pour inciter les praticiens à les réaliser.

Tous ces éléments sont à intégrer dans une prise en charge globale du patient âgé chuteur. On comprend bien avec ces résultats qu'il est impossible pour le médecin généraliste de prendre en charge seul ses patients et de mettre en œuvre toutes les mesures de prévention. L'évaluation du risque de chute et la mise en place de mesures préventives ne peuvent être que multifactorielles selon de multiples études et les recommandations de la HAS. (4) Ce type d'intervention complété par une prise en charge adaptée réduit significativement le risque de chute. (44) (46) De nombreux programmes de prévention multifactoriels existent et permettent une baisse significative de l'incidence des chutes, (14) (15) (44) du taux mensuel de chute, (15) du nombre d'hospitalisation, une diminution de la perte d'autonomie fonctionnelle et une baisse du nombre de chuteurs récurrents comparativement aux groupes ne bénéficiant pas de ces programmes. (44) Les recommandations actuelles semblent impossibles à appliquer dans la pratique quotidienne du médecin généraliste qui doit être aidé dans la prise en charge des patients. Une meilleure formation des médecins sur ce sujet pourrait être un axe de travail dans l'avenir, un pourcentage non négligeable de praticiens se plaignant de leur manque de formation.

5.2.2.4) Réévaluation des patients :

La réévaluation à distance d'une chute était principalement réalisée par le médecin traitant lors d'une consultation non dédiée à la chute et la recherche systématique d'un syndrome post-chute ne concernait que 9,4 % des médecins interrogés. On peut encore une fois incriminer la banalisation des chutes par le praticien, la méconnaissance du syndrome de désadaptation psychomotrice mais aussi le caractère chronophage d'une réévaluation systématique de tout patient âgé chuteur. La HAS insiste sur la nécessité de réévaluer le patient dans un délai d'une semaine après une chute, afin d'assurer la coordination de prise en charge avec les autres intervenants pouvant être sollicités chez ces patients, de réévaluer les aides nécessaires mais aussi pour rechercher trois signes de gravité : l'apparition d'un syndrome de désadaptation psychomotrice, d'une peur de tomber et d'une restriction des activités de la vie quotidienne.

Le syndrome de désadaptation psychomotrice peut être défini comme l'apparition après une chute de troubles associant : des troubles posturaux (rétropulsion), une altération de la marche, des troubles neurologiques (hypertonie oppositionnelle, akinésie axiale) et des signes neurocomportementaux (phobie de la verticalisation). (63) Il s'agit d'un facteur majeur de récurrence de chute, de perte d'autonomie et d'institutionnalisation. (4) (63) Sa prise en charge est pluridisciplinaire avec en première ligne une intervention rééducative et psychologique. Le kinésithérapeute ayant aussi pour rôle de rassurer le patient dans la marche et de lui redonner confiance en soi. La réévaluation des patients nous paraît donc essentielle lors d'une consultation dédiée à la chute et ses conséquences ainsi que la recherche systématique d'un syndrome de désadaptation psychomotrice.

Une consultation spécialisée n'était entreprise que par 17 % des médecins. Depuis un an, une consultation chute pour l'évaluation des troubles de la marche s'est développée au sein du service de Gériatrie du CHU d'Amiens dans le but de développer une filière « ortho-rhumato-gériatrie ». L'objectif de cette consultation est de proposer une expertise aux patients chuteurs ou à risque de chutes en repérant les facteurs prédisposants et précipitants. Elle permet ainsi d'évaluer le risque de survenue de nouvelles chutes par une évaluation globale et multidisciplinaire afin d'élaborer des recommandations et de mettre en place un suivi. Un projet de soins personnalisé est alors établi avec si besoin l'intervention de plusieurs acteurs de santé (spécialiste, diététicien, ergothérapeute, kinésithérapeute, assistante sociale...) afin de favoriser le maintien à domicile, éviter les récurrences et diminuer le risque fracturaire. La promotion de l'existence d'une telle consultation pourrait aider le praticien dans son exercice.

5.3) Solutions apportées par les médecins généralistes :

Les quatre solutions qui étaient ressorties étaient l'adaptation de l'environnement, la lutte contre la iatrogénie, le manque de temps pour la prise en charge des patients et la nécessité d'une stratégie standardisée avec des recommandations claires. Comme nous l'avons précédemment expliqué dans nos résultats, plusieurs praticiens n'avaient pas pu se limiter à une réponse unique, ce qui tendait à prouver que pour ces derniers il n'existait pas de solution unique mais un ensemble d'actions à effectuer pour améliorer la prise en charge des patients âgés chuteurs. Mais aussi que les recommandations actuelles ne permettaient pas une prise en charge optimale des patients.

6. Limites

6.1) Corrélées à notre type d'étude :

Notre étude présentait plusieurs limites. Comme dans toute étude descriptive, notre travail présentait des biais de sélection posant la question de la généralisation des résultats. Il existait un biais de recrutement, les médecins répondants étant possiblement les plus intéressés et soucieux du sujet ou ceux ayant le moins de difficulté dans l'objet de notre travail. A noter que nous n'avions pas choisi de façon aléatoire les médecins constituant notre échantillon mais avons contacté l'intégralité des médecins généralistes d'Amiens Métropole en activité ce qui tendait à améliorer la représentativité de l'échantillon. De plus, notre population d'étude était assez hétérogène (en termes de sexe, d'ancienneté d'installation, de formation, de nombre de visite à domicile et de proportion de personnes âgées dans la patientèle) tendant à refléter la représentativité de l'échantillon de médecins interrogés. Notre étude manquait de puissance, de par son échantillon limité (53 questionnaires analysés) mais notre taux de réponse s'élevait à 29,9 %, nous permettant ainsi d'interroger près d'un tiers des médecins de notre échantillon ce qui est suffisant dans ce genre d'étude.

6.2) Corrélées à notre méthodologie :

La qualité méthodologique de notre questionnaire peut être remise en cause car il ne s'agit pas d'un outil de référence, sans validité antérieure, mais d'une composition de notre choix se basant sur les dernières recommandations en vigueur et testé préalablement sur plusieurs médecins généralistes. Par ailleurs, l'emploi de questions fermées subjectivait le questionnaire mais l'utilisation de questions ouvertes aurait été impossible car chronophage pour les intéressés. L'intérêt de la dernière question peut être discuté, plusieurs interrogés n'y ayant pas répondu (15/53) peut-être par redondance avec les questions précédentes ou par manque d'intérêt. Concernant les répondants, il apparaît que limiter les médecins à une réponse unique, n'était pas une bonne idée, 14 sondés n'ayant pas respecté la limite d'une seule réponse. Nous aurions pu laisser s'exprimer les sondés davantage en proposant par exemple une plus grande quantité de réponses possibles.

7. Conclusion :

La chute des patients âgés peut avoir des conséquences graves et concerne un nombre important de patients. Les retombées en termes de perte d'autonomie, de conséquences socio-économiques et de consommation de soins de santé sont majeures. D'où la nécessité d'une prise en charge précoce et pluridisciplinaire afin d'effectuer un bilan complet, mettre en place des mesures préventives et réévaluer fréquemment le patient.

Même si la majorité des médecins interrogés ne rapporte pas de difficultés dans la prise en charge des patients âgés chuteurs, les recommandations de la HAS ne sont globalement pas suivies. D'une part, car il existe un gouffre entre les recommandations théoriques et la pratique clinique du médecin traitant qui ne peut faire un bilan complet de chute, mettre en place des mesures préventives et réévaluer le patient seul. D'autre part, devant l'inobservance fréquente du patient et sa banalisation des chutes.

Pour cela une évaluation gériatrique standardisée est nécessaire mais difficile à réaliser par le médecin généraliste car chronophage. D'où l'intérêt de la consultation chute, récemment créée au CHU d'Amiens, qui permet au praticien de conserver sa fonction de coordinateur, de premier recours, son rôle éducatif et préventif mais de déléguer une partie de la prise en charge. La consultation spécialisée est trop peu utilisée par les médecins généralistes soit par banalisation des chutes soit par une supposée difficulté d'accessibilité.

Les médecins ayant rapporté des difficultés soulignent un manque de communication et de coordination avec les différents intervenants mais aussi la problématique de l'accès à une consultation gériatrique et les difficultés posées par le patient lui-même.

La promotion de l'existence de la consultation chute devrait être entreprise auprès des médecins généralistes et des patients mais nécessite un effort de coordination et de communication entre plusieurs acteurs essentiels de la prise en charge. La sensibilisation à la gravité des chutes et à ses conséquences devrait être effectuée auprès des patients.

8. Bibliographie :

1. France - La Definition Europeenne de la Medecine Generale – Medecine de Famille | Wonca Europe [Internet]. [cité 20 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/content/france-la-definition-europeenne-de-la-medecine-generale-%E2%80%93-medecine-de-famille>
2. Code de la sécurité sociale - Article L162-5-3 | Legifrance [Internet]. [cité 20 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000031928694&dateTexte=&categorieLien=id>
3. Dourgnon P, Naiditch M. The preferred doctor scheme: A political reading of a French experiment of Gate-keeping. *Health Policy*. févr 2010;94(2):129-34.
4. Haute Autorité de Santé - Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées [Internet]. [cité 20 janv 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_793371/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees
5. Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC) / 2016 / Maladies chroniques et traumatismes / Rapports et synthèses / Publications et outils / Accueil [Internet]. [cité 20 janv 2017]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2016/Enquete-permanente-sur-les-accidents-de-la-vie-courante-EPAC>
6. Projections de population à l’horizon 2060 | Insee [Internet]. [cité 20 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>
7. Gill T, Taylor AW, Pengelly A. A population-based survey of factors relating to the prevalence of falls in older people. *Gerontology*. oct 2005;51(5):340-5.
8. Tinetti ME, Kumar C. The Patient Who Falls. *JAMA J Am Med Assoc*. 20 janv 2010;303(3):258-66.
9. Al-Aama T. Falls in the elderly Spectrum and prevention. *Can Fam Physician*. 7 janv 2011;57(7):771-6.
10. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk Factors for Falls among Elderly Persons Living in the Community. *N Engl J Med*. 29 déc 1988;319(26):1701-7.
11. Nevitt MC, Cummings SR, Kidd S, Black D. Risk factors for recurrent nonsyncopal falls. A prospective study. *JAMA*. 12 mai 1989;261(18):2663-8.
12. Stalenhoef PA, Diederiks JPM, de Witte LP, Schiricke KH, Crebolder HFJM. Impact of gait problems and falls on functioning in independent living persons of 55 years and over: a community survey. *Patient Educ Couns*. 1 janv 1999;36(1):23-31.

13. Stalenhoef PA, Diederiks JPM, Knottnerus JA, Kester ADM, Crebolder HFJM. A risk model for the prediction of recurrent falls in community-dwelling elderly: A prospective cohort study. *J Clin Epidemiol*. nov 2002;55(11):1088-94.
14. Gaboreau Y, Imbert P, Jacquet J-P, Royer De Vericourt G, Couturier P, Gavazzi G. Barriers to and promoters of screening for falls in elderly community-dwelling patients by general practitioners: a large cross-sectional survey in two areas of France. *Arch Gerontol Geriatr*. août 2016;65:85-91.
15. Chang JT, Morton SC, Rubenstein LZ, Mojica WA, Maglione M, Suttorp MJ, et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ*. 20 mars 2004;328(7441):680.
16. Czerwiński E, Białoszewski D, Borowy P, Kumorek A, Białoszewski A. Epidemiology, clinical significance, costs and fall prevention in elderly people. *Ortop Traumatol Rehabil*. oct 2008;10(5):419-28.
17. Tinetti ME, Williams CS. Falls, injuries due to falls, and the risk of admission to a nursing home. *N Engl J Med*. 30 oct 1997;337(18):1279-84.
18. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F, Bonnefoy M, et al. [Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology]. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. déc 2011;9(4):387-90.
19. Ricard C, Thélot B. Plusieurs centaines de milliers de chutes chez les personnes âgées chaque année en France. /data/revues/03987620/005605SS/0800401X/ [Internet]. 8 sept 2008 [cité 20 janv 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/181927>
20. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 20 janv 2017]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/1/2017_1_1.html
21. Kannus P, Sievänen H, Palvanen M, Järvinen T, Parkkari J. Prevention of falls and consequent injuries in elderly people. *The Lancet*. 2 déc 2005;366(9500):1885-93.
22. Oberlin P, Mouquet M. Quel risque de décès un an après une fracture du col du fémur ? - Études et résultats - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 20 janv 2017]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/quel-risque-de-deces-un-an-apres-une-fracture-du-col-du-femur>
23. Lachman ME, Howland J, Tennstedt S, Jette A, Assmann S, Peterson EW. Fear of falling and activity restriction: the survey of activities and fear of falling in the elderly (SAFE). *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. janv 1998;53(1):P43-50.
24. Vellas BJ, Wayne SJ, Romero LJ, Baumgartner RN, Garry PJ. Fear of falling and restriction of mobility in elderly fallers. *Age Ageing*. mai 1997;26(3):189-93.

25. Fletcher PC, Hirdes JP. Restriction in activity associated with fear of falling among community-based seniors using home care services. *Age Ageing*. mai 2004;33(3):273-9.
26. Gaxatte C, Nguyen T, Chourabi F, Salleron J, Pardessus V, Delabrière I, et al. Fear of falling as seen in the Multidisciplinary falls consultation. *Ann Phys Rehabil Med*. juin 2011;54(4):248-58.
27. Delbaere K, Crombez G, Vanderstraeten G, Willems T, Cambier D. Fear-related avoidance of activities, falls and physical frailty. A prospective community-based cohort study. *Age Ageing*. juill 2004;33(4):368-73.
28. Revel C. Haute Autorité de Santé - Chutes répétées des personnes âgées : recommandations pour la prise en charge [Internet]. Haute autorité de santé. [cité 20 janv 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_940645/fr/chutes-repetees-des-personnes-agees-recommandations-pour-la-prise-en-charge
29. Haute Autorité de Santé - Avis de la HAS concernant l'évaluation du risque de chutes chez le sujet âgé autonome et sa prévention [Internet]. [cité 20 janv 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1525705/fr/avis-de-la-has-concernant-l-evaluation-du-risque-de-chutes-chez-le-sujet-age-autonome-et-sa-prevention
30. Dollard J, Braunack-Mayer A, Horton K, Vanlint S. Why older women do or do not seek help from the GP after a fall: a qualitative study. *Fam Pract*. avr 2014;31(2):222-8.
31. Wild D, Nayak US, Isaacs B. How dangerous are falls in old people at home? *Br Med J Clin Res Ed*. 24 janv 1981;282(6260):266-8.
32. Stevens JA, Corso PS, Finkelstein EA, Miller TR. The costs of fatal and non-fatal falls among older adults. *Inj Prev*. oct 2006;12(5):290-5.
33. Rosso V. N° 2647 - Rapport d'information de Mme Valérie Rosso-Debord déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes [Internet]. [cité 19 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2647.asp>
34. Trillard A. Mission au profit du Président de la République relative à la prévention de la dépendance des personnes âgées [Internet]. [cité 20 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000390/index.shtml>
35. Clinical Practice Guideline: Prevention Of Falls In Older Persons Summary Of Recommendations > Guidelines & Recommendations > Clinical Practice > Health Care Professionals > The American Geriatrics Society [Internet]. [cité 21 janv 2017]. Disponible sur: http://www.americangeriatrics.org/health_care_professionals/clinical_practice/clinical_guidelines_recommendations/prevention_of_falls_summary_of_recommendations

36. Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc.* janv 2011;59(1):148-57.
37. Oliver D, Hopper A, Seed P. Do Hospital Fall Prevention Programs Work? A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc.* 1 déc 2000;48(12):1679-89.
38. Salgado R, Lord SR, Packer J, Ehrlich F. Factors associated with falling in elderly hospital patients. *Gerontology.* 1994;40(6):325-31.
39. 571 632 habitants dans la Somme au 1er janvier 2014 | Insee [Internet]. [cité 21 janv 2017]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2541945#tableau-Figure_3
40. Plus de 2 millions de Picards en 2040 | Insee [Internet]. [cité 21 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1292447>
41. Ankri J, Mormiche P. Incapacités et dépendance de la population âgée française : apport de l'enquête « Handicaps – Incapacités – Dépendance » (HID): Dossier « vieillissement et dépendance ». *Santé Société Solidar.* 2002;1(2):25-38.
42. Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées - Études et résultats - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 21 janv 2017]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/une-approche-de-l-autonomie-chez-les-adultes-et-les-personnes-agees>
43. La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile - Études et résultats - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 1 déc 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-prise-en-charge-en-medecine-generale-des-personnes-agees-dependantes-vivant>
44. Baudier F, Ferron C, Petit B, Collectif. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile : Référentiel de bonnes pratiques. Saint Denis, France: CFES; 2005. 155 p.
45. Stevens M, Holman CD, Bennett N, de Klerk N. Preventing falls in older people: outcome evaluation of a randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc.* nov 2001;49(11):1448-55.
46. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev.* 12 sept 2012;(9):CD007146.
47. STATISS : STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social - Indicateurs localisés - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 1 déc 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/indicateurs-localises/article/statiss-statistiques-et-indicateurs-de-la-sante-et-du-social>

48. Kharicha K, Iliffe S, Harari D, Swift C, Gillmann G, Stuck AE. Health risk appraisal in older people 1: are older people living alone an « at-risk » group? *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* avr 2007;57(537):271-6.
49. Tilvis RS, Laitala V, Routasalo PE, Pitkälä KH. Suffering from Loneliness Indicates Significant Mortality Risk of Older People. *J Aging Res [Internet].* 22 févr 2011 [cité 21 janv 2017];2011. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3056243/>
50. Atlas national | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 1 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>
51. Salter AE, Khan KM, Donaldson MG, Davis JC, Buchanan J, Abu-Laban RB, et al. Community-dwelling seniors who present to the emergency department with a fall do not receive Guideline care and their fall risk profile worsens significantly: a 6-month prospective study. *Osteoporos Int.* mai 2006;17(5):672-83.
52. Stille CJ, Jerant A, Bell D, Meltzer D, Elmore JG. Coordinating care across diseases, settings, and clinicians: a key role for the generalist in practice. *Ann Intern Med.* 19 avr 2005;142(8):700-8.
53. Ferrier C, Lysy P. Home assessment and care. *Can Fam Physician.* oct 2000;46:2053.
54. Okie S. Home delivery--bringing primary care to the housebound elderly. *N Engl J Med.* 4 déc 2008;359(23):2409-12.
55. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA.* 27 févr 2002;287(8):1022-8.
56. Kojima G, Masud T, Kendrick D, Morris R, Gawler S, Treml J, et al. Does the timed up and go test predict future falls among British community-dwelling older people? Prospective cohort study nested within a randomised controlled trial. *BMC Geriatr.* 3 avr 2015;15:38.
57. Menant JC, Steele JR, Menz HB, Munro BJ, Lord SR. Optimizing footwear for older people at risk of falls. *J Rehabil Res Dev.* 2008;45(8):1167-81.
58. Bischoff-Ferrari HA, Dawson-Hughes B, Willett WC, Staehelin HB, Bazemore MG, Zee RY, et al. Effect of Vitamin D on falls: a meta-analysis. *JAMA.* 28 avr 2004;291(16):1999-2006.
59. Bischoff-Ferrari HA, Willett WC, Wong JB, Giovannucci E, Dietrich T, Dawson-Hughes B. Fracture prevention with vitamin D supplementation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA.* 11 mai 2005;293(18):2257-64.
60. Dhital A, Pey T, Stanford MR. Visual loss and falls: a review. *Eye Lond Engl.* sept 2010;24(9):1437-46.

61. Coleman AL, Stone K, Ewing SK, Nevitt M, Cummings S, Cauley JA, et al. Higher risk of multiple falls among elderly women who lose visual acuity. *Ophthalmology*. mai 2004;111(5):857-62.
62. Neyens J, Halfens R, Spreeuwenberg M, Meijers J, Luiking Y, Verlaan G, et al. Malnutrition is associated with an increased risk of falls and impaired activity in elderly patients in Dutch residential long-term care (LTC): A cross-sectional study. *Arch Gerontol Geriatr*. janv 2013;56(1):265-9.
63. Manckoundia P, Mourey F, Tavernier-Vidal B, Pfitzenmeyer P. Syndrome de désadaptation psychomotrice. *Rev Médecine Interne*. févr 2007;28(2):79-85.

9. Annexes :

Annexe 1 : Recommandations de la HAS :

3 Quels sont les signes de gravité des chutes répétées ?

R1. Il est recommandé, en cas de chutes répétées, de prendre en charge de manière rapide et adaptée les patients concernés.

R2. Il est recommandé, chez la personne âgée faisant des chutes, de rechercher systématiquement et dans un premier temps tous les signes de gravité mettant en jeu le pronostic vital et/ou fonctionnel.

Les signes de gravité des chutes peuvent être classés en trois catégories liées aux :

- conséquences de la chute ;
- pathologies responsables de la chute ;
- caractère récurrent de la chute (c'est-à-dire au moins deux chutes sur une période de 12 mois).

3.1 Rechercher les signes de gravité liés aux conséquences de la chute et aux pathologies responsables de la chute

R3. Dans un premier temps, il est recommandé de rechercher systématiquement, devant toute personne âgée faisant des chutes répétées, les signes de gravité liés aux conséquences de la chute et/ou aux pathologies responsables de la chute car ces signes nécessitent une prise en charge spécifique immédiate (grade C).

Ces signes de gravité sont :

- ceux directement liés à la chute. Il s'agit :
 - des traumatismes physiques modérés ou sévères tels que les fractures, les luxations, les hématomes intracrâniens ou périorbitaires volumineux, les traumatismes de la face et les lésions cutanées de grande taille et/ou dépassant l'hypodermis,
 - de l'impossibilité de se relever du sol avec séjour au sol supérieur à une heure et ses conséquences potentielles incluant entre autres une malnutrition, une hypothermie (température corporelle $\leq 35^{\circ}\text{C}$), des escarres, des pneumopathies d'inspiration et une déshydratation,
 - des signes d'un syndrome post-chute ou de désadaptation psychomotrice, qui est une complication fonctionnelle des chutes à l'origine d'une incapacité motrice, psychologique et/ou cognitive totale ou partielle, caractérisée par une hypertonie oppositionnelle ou extrapyramidale, une rétroposition et une proboie de la station debout ;
- et/ou ceux liés à une maladie aiguë responsable de la chute : principalement les troubles du rythme ou de conduction, les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque, l'infarctus du myocarde, les maladies infectieuses, ainsi que l'hypoglycémie chez les patients diabétiques.

3.2 Rechercher les signes de gravité liés à la récurrence

R4. Il est recommandé de repérer toute personne présentant un risque important de récurrence de chute.

Ce risque est particulièrement élevé en présence :

- d'une augmentation récente de la fréquence des chutes ;
- d'un nombre de facteurs de risque de chute ≥ 3 définis dans la recommandation R15 ;
- d'un trouble de l'équilibre et/ou de la marche évalué par une station unipodale ≤ 5 secondes [1] et un score au *timed up & go test* [2] ≥ 20 secondes.

R5. Il est recommandé d'évaluer la gravité potentielle d'une nouvelle chute en identifiant systématiquement les trois principales situations à risque.

Ces trois situations à risque sont :

- une ostéoporose avérée définie par un T-score $< -2,5$ DS à l'ostéodensitométrie et/ou un antécédent de fracture ostéoporotique ;
- la prise de médicaments anticoagulants ;
- l'isolement social et familial et/ou le fait de vivre seul.

3.3 Questions à poser afin de rechercher les signes de gravité ?

R6. Il est recommandé, en cas de chutes répétées, de poser systématiquement des questions standardisées afin d'identifier un ou des signes de gravité.

R7. Pour rechercher les signes de gravité à l'interrogatoire, il est recommandé de poser à la personne âgée et/ou à son entourage proche des questions visant à identifier 1) les conséquences de la chute, 2) la pathologie responsable de la chute et 3) le risque et le terrain à risque de chute grave.

Elles portent sur la dernière chute, mais aussi sur celles dont se souviennent le chuteur et/ou son entourage, notamment celles survenues en présence de témoins.

- Questions portant sur les conséquences de la chute :
 - Y a-t-il eu un traumatisme physique ?
 - Le séjour au sol a-t-il dépassé une heure ?
 - La personne a-t-elle pu se relever seule après la chute ?
 - La personne a-t-elle pu se tenir debout sans aide après la chute ?
 - La personne a-t-elle peur de faire une nouvelle chute ?
- Questions portant sur la pathologie responsable de la chute :
 - Y a-t-il eu un malaise et/ou une perte de connaissance au moment de la chute ?
 - Y a-t-il eu un déficit neurologique sensitivo-moteur constitué ou transitoire ?
 - Y a-t-il eu un trouble de la conscience ?
 - Y a-t-il eu un vertige (en donnant la définition du vertige au patient : sensation erronée de déplacement rotatoire de l'espace ou du corps dans l'espace) ?
 - Y a-t-il eu un état fébrile ou une pathologie infectieuse précédant la chute ?
 - Y a-t-il eu prise d'un médicament hypoglycémiant ?
- Questions portant sur le risque et le terrain à risque de chute grave :
 - Y a-t-il eu une augmentation de la fréquence des chutes ces dernières semaines ?
 - La personne a-t-elle une ostéoporose sévère ?
 - La personne prend-elle un (ou des) médicament(s) anticoagulant(s) ?
 - La personne vit-elle seule ?
 - La personne a-t-elle des aides à domicile ?

3.4 Examen clinique à faire afin de rechercher les signes de gravité ?

R8. Pour rechercher les signes de gravité, il est recommandé de faire systématiquement un examen clinique ciblé à toute personne faisant des chutes répétées (grade C).

Cet examen clinique doit rechercher :

- les signes cliniques liés aux conséquences de la chute :
 - rechercher des douleurs aiguës à la palpation du rachis, des côtes, des membres inférieurs, une impotence fonctionnelle et/ou une déformation d'un membre inférieur, un trouble de la conscience, et/ou un traumatisme de la face, et/ou une laceration cutanée de grande taille et/ou dépassant l'hypodème.
 - examiner la capacité à maintenir une posture stable en position debout, en condition statique et dynamique, en évaluant la rétropropulsion, l'appréhension à la station debout et la présence d'une rigidité opposotionnelle ou extrapyramidale axiale et/ou généralisée.
 - réaliser deux tests fonctionnels standardisés et chronométrés évaluant la marche et l'équilibre : station unipodale et *timed up & go test* :
- les signes cliniques liés à la pathologie responsable de la chute :
 - ausculter le cœur et les poumons.
 - rechercher un déficit neurologique sensitivomoteur, un syndrome extrapyramidal et une ataxie à l'aide d'un test de Romberg.
 - mesurer la température corporelle.

Cet examen clinique est recommandé quel que soit le contexte de la chute et quel que soit le lieu de prise en charge. Il n'existe pas de données suffisantes permettant de recommander une hiérarchisation des différents items proposés ci-dessus. Il pourra être complété en fonction des signes d'appel et des particularités liées aux antécédents ou au tableau clinique au moment de la chute.

3.5 Examens paracliniques à demander pour rechercher les signes de gravité ?

R9. Pour rechercher les signes de gravité, il est recommandé de faire les examens complémentaires suivants à toute personne faisant des chutes répétées :

- s'il y a une douleur aiguë et/ou une impotence fonctionnelle : faire des radiographies osseuses de la zone considérée ;
- si la personne est restée au sol plus d'une heure : doser les CPK et la créatinine sérique ;
- s'il y a une notion de malaise et/ou une perte de connaissance : faire un ECG standard 12 dérivation ;
- si la personne est diabétique : mesurer la glycémie.

R10. Il est recommandé de ne pas faire une imagerie cérébrale en dehors d'une indication précise reposant sur les données de l'examen clinique.

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

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

Le but de cette réévaluation est :

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

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

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

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

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

4.1 Rechercher les facteurs prédisposants de la chute

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

Les facteurs prédisposants à rechercher sont :

- âge \geq 80 ans ;
- sexe féminin ;
- antécédents (ATCD) de fractures traumatiques : rechercher à l'interrogatoire des ATCD de fractures traumatiques ;
- polymédication (à partir des dernières ordonnances et en automédication) : rechercher plus particulièrement les classes thérapeutiques susceptibles d'induire une chute (psychotropes, hypotenseurs, etc.). Le seuil de plus de 4 médicaments est celui le plus utilisé pour parler de polymédication ;
- prise de psychotropes incluant les benzodiazépines, les hypnotiques, les antidépresseurs et les neuroleptiques : comptabiliser le nombre et la nature des psychotropes, à partir de la lecture des dernières ordonnances et en recherchant la prise de psychotropes en automédication ;
- prise de médicaments cardio-vasculaires : il faut rechercher la prise de diurétiques, de digoxine ou d'antiarythmique de classe I ;
- présence d'un trouble de la marche et/ou de l'équilibre : évaluer ces troubles à l'aide de deux tests cliniques :
 - le *timed up & go test* : une anomalie est retenue si le score au *timed up & go test* est \geq 20 secondes.
 - la station unipodale : une anomalie est retenue si la personne ne peut pas se maintenir sur une jambe au-delà de 5 secondes ;
- diminution de la force et/ou de la puissance musculaire des membres inférieurs : évaluer ces troubles en :
 - examinant la capacité à se relever d'une chaise sans l'aide des mains.
 - appréciant l'état nutritionnel global en calculant l'index de masse corporelle ($\text{poids}[\text{kg}]/\text{taille}[\text{m}]^2$), une valeur < 21 étant retenue comme un critère de dénutrition) et en recherchant la notion de perte de poids récente (une perte de poids $\geq 5\%$ en 1 mois ou $\geq 10\%$ en 6 mois indiquant une dénutrition) ;
- arthrose des membres inférieurs et/ou du rachis : rechercher systématiquement des déformations articulaires et/ou des douleurs de caractère mécanique du rachis et/ou des membres inférieurs, en particulier une raideur des chevilles ;
- anomalie des pieds incluant les déformations des orteils et les durillons : examiner systématiquement les pieds et le chaussage ;
- troubles de la sensibilité des membres inférieurs : rechercher à l'aide d'un monofilament au niveau de la voûte plantaire et d'un diapason en le plaçant au niveau de la malléole externe de la cheville ;

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

4.2 Rechercher les facteurs précipitants de la chute

- R14. Les facteurs précipitants sont des facteurs qui interviennent ponctuellement dans le mécanisme de la chute. Il est recommandé de rechercher systématiquement les facteurs suivants (grade C) :
- cardio-vasculaires : rechercher les notions de malaise et/ou de perte de connaissance et rechercher une hypotension orthostatique ;
 - neurologiques : rechercher l'existence d'un déficit neurologique sensitivo-moteur de topographie vasculaire constitué ou transitoire, et d'une confusion mentale ;
 - vestibulaires : rechercher la notion de vertige à l'interrogatoire et une latéro-déviation au test de Romberg ;
 - métaboliques : rechercher une hyponatrémie, une hypoglycémie et la prise de médicaments hypoglycémifiants ;
 - environnementaux : examiner l'éclairage, l'encombrement et la configuration du lieu de vie, ainsi que le chaussage.

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

- R15. Il est recommandé de réaliser les examens suivants :
- ionogramme sanguin à la recherche d'une hyponatrémie ;
 - dosage sérique de la vitamine D (25OH₂D) ;
 - hémogramme en cas de signes d'appel d'anémie ;
 - ECG en cas de signes d'appel cardiaques ;
 - dosage de l'HbA_{1c} chez les personnes diabétiques.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Annexe 2 : Questionnaire standardisé de la HAS :

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

1^{re} étape Rechercher les signes de gravité

↪ Entretien avec le patient :

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

↪ Examen clinique :

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

2^e étape Rechercher les facteurs de risque

↪ Entretien avec le patient :

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

↪ Examen clinique :

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

3^e étape Proposer des mesures de prévention adaptées

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

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

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



Infographie: Fabrice Mathié

Annexe 3 : Courrier explicatif et questionnaire :

Madame, Monsieur le Docteur,

Je suis interne en médecine générale à la faculté d'Amiens. Je réalise un questionnaire qui s'inscrit dans le cadre de la réalisation de ma thèse de doctorat en médecine générale.

Mon objectif est d'analyser si vous avez des difficultés dans la prise en charge des patients âgés chuteurs et d'analyser, secondairement, votre prise en charge chez ces patients. Le directeur de ce travail est le Dr Moyet|Julien, médecin dans le service de gériatrie aigüe du CHU.

Ce questionnaire est anonyme et réalisable en moins de 10 minutes.

Je vous remercie d'avance pour votre participation.

Bouquet Clément, interne de médecine générale à Amiens.

Votre activité

Présentation

Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

Depuis quand êtes-vous installé ?

- Moins de 10 ans
- 10 à 20 ans
- Plus de 20 ans

Où exercez-vous ?

- En milieu urbain
- En milieu semi-urbain
- En milieu rural

Avez-vous bénéficié d'une formation spécifique en gériatrie ?

- Aucune
- Stage dans un service de gériatrie
- Capacité de gériatrie
- DPC et/ou FMC orientés sur une pratique gériatologique

Effectuez-vous des visites au domicile des patients ?

- Non
- Oui, moins de 10 par semaine
- Oui, plus de 10 par semaine

Combien comptez-vous de personnes âgées (75 ans ou plus) dans votre patientèle ?

- Moins de 100 patients
- 100 patients et plus

Combien d'appels recevez-vous pour des patients ayant chuté au domicile ?

- Pas d'appel à 1 appel par mois
- Entre 2 et 5 appels par mois
- Plus de 5 appels par mois

Quelle est votre activité ?

- Activité libérale stricte
- Activité libérale et activité de soins effectuées dans un hôpital public
- Activité libérale et activité de soins effectuées dans une clinique privée
- Activité libérale et activité de soins effectuées dans un EHPAD ou un SSR
- Activité libérale et activité de soins effectuées dans le cadre du salariat autre

Ces difficultés concernent :

L'évaluation initiale du patient :

- Par manque de temps
- A cause d'une difficulté d'accessibilité au patient
- A cause d'un manque de formation spécifique
- A cause d'un manque de moyens techniques
- Pas de difficultés lors de l'évaluation initiale du patient

La personne âgée chuteuse

Pensez-vous qu'au sein de votre activité, toute chute du patient âgé justifie :

- Une intervention le jour-même
- Un examen clinique
- Une évaluation gériatrique
- Un bilan complet de chutes
- Une stratégie standardisée

Globalement, avez-vous des difficultés dans la prise en charge des patients âgés chuteurs ?

- Oui
- Non

Le bilan des chutes :

- Difficultés d'accessibilité à un plateau technique et à des examens complémentaires
- Difficultés d'accessibilité à une consultation gériatrique
- Difficultés d'accessibilité à une structure hospitalière
- Difficultés d'accessibilité à une structure d'hébergement non hospitalière
- Manque de coordination avec le ou les différents intervenants concernés
- Manque d'information et de communication de la part du ou des autres intervenants concernés
- Rémunération insuffisante relativement à l'effort de coordination nécessaire
- Pas de difficultés pour le bilan des chutes

Votre prise en charge du sujet chuteur :

Au cours de l'évaluation initiale, vous réalisez :

	Systématiquement	Dans plus de 50% des cas	Dans moins de 50% des cas	Jamais
Une recherche d'antécédents de chutes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une prise des constantes (température, tension artérielle, pouls)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une recherche d'hypotension orthostatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une glycémie capillaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un examen cardiovasculaire et pulmonaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un examen neurologique adapté à la situation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un examen orthopédique incluant un examen de la marche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Concernant le bilan de la chute vous proposez :

	Systématiquement	Dans plus de 50% des cas	Dans moins de 50% des cas	Jamais
Pas de bilan autre que l'examen clinique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des examens complémentaires sans avis spécialisés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un recours au service d'accueil des urgences pour une hospitalisation non programmée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une hospitalisation programmée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une consultation spécialisée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Les mesures préventives :

- La iatrogénie (adaptation de l'ordonnance)
- Isolement du patient
- L'environnement du patient
- Les comorbidités du patient
- L'accès aux rééducateurs (kinésithérapeutes, ergothérapeutes)
- L'accès à une structure de rééducation
- Difficultés avec le patient pour faire appliquer vos recommandations
- Difficultés avec la famille pour faire appliquer vos recommandations
- Pas de difficultés concernant les mesures préventives

La réévaluation des mesures correctives :

- Perte de suivi/inobservance du patient
- Difficultés d'aménagement de l'environnement
- Difficultés à organiser le suivi avec la famille
- Difficultés financières pour le patient
- Manque de coordination avec les autres intervenants (médecins spécialistes, rééducateurs...)
- Manque d'information et de communication de la part des autres intervenants
- Pas de difficultés concernant la réévaluation

Concernant la prévention, vous entreprenez :

	Systematiquement	Dans plus de 50% des cas	Dans moins de 50% des cas	Jamais
Une réévaluation de l'ordonnance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La recherche d'un trouble de la marche et/ou de l'équilibre par un test clinique (timed up and go test, station unipodale, Romberg)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La recherche d'une dénutrition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une évaluation cognitive par un test neuropsychologique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une évaluation de l'autonomie par un outils standardisé (ADL, AGIR)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une évaluation du chaussage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une évaluation de l'environnement (salle de bain, toilettes, sol...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une supplémentation en vitamine D et en calcium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La prescription de kinésithérapie et/ou d'une activité physique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La prescription d'aide technique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un transfert en structure de rééducation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un bilan de la vision et de l'audition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un entretien avec le patient et un membre de sa famille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Concernant la réévaluation à distance, vous proposez le plus fréquemment :

- Une recherche systématique d'un syndrome post-chute
- Une consultation avec vous spécifique, dédiée à la chute pour évaluer les mesures correctives mises en place
- Revoir le patient lors d'une consultation non dédiée par la suite
- Une consultation spécialisée

Votre avis :

Quelle est la principale solution vous paraissant la plus pertinente pour améliorer la prise en charge ambulatoire du sujet âgé chuteur?

Prise en charge des personnes âgées chuteuses par le médecin généraliste sur le territoire d'Amiens Métropole : difficultés, pratiques et solutions proposées.

Résumé :

Introduction : Les chutes sont fréquentes chez les sujets âgés. Elles concernent chaque année environ 30% des plus de 65 ans avec des conséquences graves en termes de morbi-mortalité et des retombées socio-économiques majeures. La prise en charge doit être précoce, coordonnée et pluridisciplinaire. L'objectif de ce travail était de rechercher les éventuelles difficultés du médecin généraliste dans la prise en charge des patients âgés chuteurs.

Matériel et méthodes : Une étude épidémiologique descriptive observationnelle a été réalisée grâce à un auto-questionnaire envoyé à l'intégralité des médecins généralistes installés à Amiens Métropole, nous permettant d'évaluer l'existence potentielle de difficultés dans la prise en charge des personnes âgées chuteuses, la pratique habituelle des praticiens et les principales solutions envisagées pour améliorer leur exercice.

Résultats : Le taux de participation s'élevait à 29,9% (53/177). 37,7% (n=20) des médecins rapportaient des difficultés. Ces difficultés étaient liées au patient (environnement, isolement, banalisation des chutes, iatrogénie, inobservance), en rapport avec l'accès aux structures de bilan et de rééducation ou encore en lien avec la coordination entre intervenants. La prise en charge des médecins n'était globalement pas en accord avec les recommandations, notamment concernant les mesures préventives et la réévaluation. Cela s'expliquait par la diversité et l'importance des mesures préventives à mettre en place, le caractère chronophage de l'exercice et la banalisation des chutes par le médecin et son patient. Les solutions rapportées pour améliorer la pratique étaient : adapter l'environnement, lutter contre la iatrogénie et la prise en charge chronophage ainsi que la nécessité d'une stratégie standardisée avec des recommandations claires.

Conclusion : Les médecins généralistes ne peuvent prendre en charge seuls les patients âgés chuteurs. La consultation hospitalière dédiée à la chute peut être bénéfique pour les patients mais nécessite un effort d'information, de coordination et de communication.

Mots-clés : chutes, personne âgée, pluridisciplinaire, prévention, coordination.

Management of elderly patients falling by the general practitioner in the territory of Amiens Metropolis : difficulties, practices and proposed solutions.

Abstract :

Introduction : Falls are common among the elderly. They regard about 30% of the over-65 each year, with serious consequences in terms of morbi-mortality and major socio-economic impacts. Fall management must be precocious, coordinated and multidisciplinary. The aim of this work was to investigate possible difficulties for the general practitioner in his practice.

Material and methods : An observational descriptive epidemiological study was conducted through a self-administered questionnaire sent to the general practitioners in Amiens Metropolis. We decided to evaluate their potential difficulties in care of the falling elderly, to describe their practice and the main solutions considered to improve their exercise.

Results : The participation rate was 29,9% (53/177). 37,7% (n = 20) of physicians reported difficulties. These difficulties were related to the patient (environment, isolation, trivialization of falls, iatrogeny), to the access to balance and rehabilitation structures, or regarding coordination between stakeholders. In most of the cases, general practitioners did not agree with the recommendations, particularly regarding preventive measures and reevaluation. This was due to the complexity and importance of the prevention, the time-consuming nature of the practice and the trivialization of the falls by the doctor and his patient. The solutions reported to improve the practice were : environmental adaptation, iatrogenic control, time-consuming care and the need for a standardized strategy with clear recommendations.

Conclusion : The general practitioner cannot take care alone of elderly patients fallers. A dedicated hospital consultation for falls can be beneficial for patients but requires an effort of information, coordination and communication.

Keywords : falls, elderly, pluridisciplinary, prevention, coordination.