



HAL
open science

Stratégies mises en place au Domicile par le Médecin Généraliste dans le cadre de la prévention de la Chute du sujet âgé de plus de 65 ans

Jacques-Philippe Emanuelli

► **To cite this version:**

Jacques-Philippe Emanuelli. Stratégies mises en place au Domicile par le Médecin Généraliste dans le cadre de la prévention de la Chute du sujet âgé de plus de 65 ans. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01883393

HAL Id: dumas-01883393

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01883393>

Submitted on 28 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.

**Stratégies mises en place au Domicile par le Médecin Généraliste dans
le cadre de la prévention de la Chute du sujet âgé de plus de 65 ans.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 16 Octobre 2017

Par Monsieur Jacques-Philippe EMANUELLI

Né le 12 juin 1989 à Bastia (2B)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur VILLANI Patrick

Président

Monsieur le Professeur ROCH Antoine

Assesseur

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Assesseur

Monsieur le Docteur GRIGUER Ygal

Directeur

**Stratégies mises en place au Domicile par le Médecin Généraliste dans
le cadre de la prévention de la Chute du sujet âgé de plus de 65 ans.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 16 Octobre 2017

Par Monsieur Jacques-Philippe EMANUELLI

Né le 12 juin 1989 à Bastia (2B)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur VILLANI Patrick

Président

Monsieur le Professeur ROCH Antoine

Assesseur

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Assesseur

Monsieur le Docteur GRIGUER Ygal

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaire : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Responsable administratif :

- * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
- * Intérieur : Joëlle FAVREGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	GALLAIS Hervé
	ALDIGHERI René		GAMERRE Marc
	ALLIEZ Bernard		GARCIN Michel
	AQUARON Robert		GARNIER Jean-Marc
	ARGEME Maxime		GAUTHIER André
	ASSADOURIAN Robert		GERARD Raymond
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BAILLE Yves		GIUDICELLI Roger
	BARDOT Jacques		GIUDICELLI Sébastien
	BARDOT André		GOUDARD Alain
	BERARD Pierre		GOUIN François
	BERGOIN Maurice		GRISOLI François
	BERNARD Dominique		GROULIER Pierre
	BERNARD Jean-Louis		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BERNARD Pierre-Marie		HASSOUN Jacques
	BERTRAND Edmond		HEIM Marc
	BISSET Jean-Pierre		HOUEL Jean
	BLANC Bernard		HUGUET Jean-François
	BLANC Jean-Louis		JAQUET Philippe
	BOLLINI Gérard		JAMMES Yves
	BONGRAND Pierre		JOUVE Paulette
	BONNEAU Henri		JUHAN Claude
	BONNOIT Jean		JUIN Pierre
	BORY Michel		KAPHAN Gérard
	BOURGEADE Augustin		KASBARIAN Michel
	BOUVENOT Gilles		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BOUYALA Jean-Marie		LACHARD Jean
	BREMOND Georges		LAFFARGUE Pierre
	BRICOT René		LEVY Samuel
	BRUNET Christian		LOUCHET Edmond
	BUREAU Henri		LOUIS René
	CAMBOULIVES Jean		LUCIANI Jean-Marie
	CANNONI Maurice		MAGALON Guy
	CARTOUZOU Guy		MAGNAN Jacques
	CAU Pierre		MALLAN- MANCINI Josette
	CHAMLIAN Albert		MALMEJAC Claude
	CHARREL Michel		MATTEI Jean François
	CHOUX Maurice		MERCIER Claude
	CIANFARANI François		METGE Paul
	CLEMENT Robert		MICHOTÉY Georges
	COMBALBERT André		MILLET Yves
	CONTE-DEVOLX Bernard		MIRANDA François
	CORRIOL Jacques		MONFORT Gérard
	COULANGE Christian		MONGES André
	DALMAS Henri		MONGIN Maurice
	DE MICO Philippe		MONTIES Jean-Raoul
	DEVIN Robert		NAZARIAN Serge
	DEVRED Philippe		NICOLI René
	DJIANE Pierre		NOIRCLERC Michel
	DONNET Vincent		OLMER Michel
	DUCASSOU Jacques		OREHEK Jean
	DUFOUR Michel		PAPY Jean-Jacques
	DUMON Henri		PAULIN Raymond
	FARNARIER Georges		PELOUX Yves
	FAVRE Roger		PENAUD Antony

FIECHI Marius
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
MM POYEN Danièle
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
VIGOUROUX Robert
WEILLER Pierre-Jean
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les
Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les
Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les
Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-
Bretagne)

1976

MM. les
Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les
Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les
Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les
Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les
Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les
Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les
Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les
Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les
Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les
Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les
Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les
Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les
Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les
Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les
Professeurs

J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les
Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les
Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les
Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHARPIN Denis Surnombre	GORINCOUR Guillaume
ALBANESE Jacques	CHAUMOITRE Kathia	GRANEL/REY Brigitte
ALESSANDRINI Pierre Surnombre	CHAUVEL Patrick Surnombre	GRILLO Jean-Marie Surnombre
ALIMI Yves	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
AMABILE Philippe	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel Surnombre	GUEDJ Eric
ARGENSON Jean-Noël	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ASTOUL Philippe	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ATTARIAN Shahram	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AUDOUIN Bertrand	COWEN Didier	GUYOT Laurent
AUFFRAY Jean-Pierre Surnombre	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
AUQUIER Pascal	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AVIERINOS Jean-François	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AZORIN Jean-Michel	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AZULAY Jean-Philippe	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOFFART Louis
BAILLY Daniel	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BARLESI Fabrice	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	JOLIVET/BADIER Monique
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTOLI Jean-Michel	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Michel	DELARQUE Alain	KARSENTY Gilles
BARTOLIN Robert Surnombre	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLOMEI Fabrice	DENIS Danièle	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DESSEIN Alain Surnombre	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DESSI Patrick	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DISDIER Patrick	LAUGIER René
BERDAH Stéphane	DODDOLI Christophe	LAUNAY Franck
BERLAND Yvon	DRANCOURT Michel	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERNARD Jean-Paul	DUBUS Jean-Christophe	LE CORROLLER Thomas
BEROUD Christophe	DUFFAUD Florence	LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
BERTUCCI François	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
BLIN Olivier	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie- Pascale
BLONDEL Benjamin	ENJALBERT Alain	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FAKHRY Nicolas	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Nicolas
BOTTA Alain Surnombre	FELICIAN Olivier	MACE Loïc
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FENOLLAR Florence	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUBLI Léon	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MARANINCHI Dominique Surnombre
BOYER Laurent	FLECHER Xavier	MARTIN Claude Surnombre
BREGEON Fabienne	FOURNIER Pierre-Edouard	MATONTI Frédéric
BRETELLE Florence	FRAISSE Alain Disponibilité	MEGE Jean-Louis
BROUQUI Philippe	FRANCES Yves Surnombre	MERROT Thierry
BRUDER Nicolas	FRANCESCHI Frédéric	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRUE Thierry	FUENTES Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUNET Philippe	GABERT Jean	MICCALEF/ROLL Joëlle
BURTEY Stéphane	GAINNIER Marc	MICHEL Fabrice

CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET
Emmanuelle
CHARREL Rémi

CHIARONI Jacques
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PAUT Olivier
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIARROUX Renaud
PIERCECCHI/MARTI Marie-
Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
POUGET Jean Surnombre
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine

GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine

GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte

GONCALVES Anthony
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole

SASTRE Bernard Surnombre
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SERRATRICE Jacques
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas

MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier

NAUDIN Jean
NICCOLI/SIRE Patricia
NICOLAS DE LAMBALLERIE
Xavier
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TRIGLIA Jean-Michel
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel

VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

FILIPPI Simon

**PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS
PARTIEL**

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITE - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent	FABRE Alexandre	MOTTOLA GHIGO Giovanna
ANDRE Nicolas	FOUILLOUX Virginie	NGUYEN PHONG Karine
ANGELAKIS Emmanouil	FRERE Corinne	NINOVE Laetitia
ATLAN Catherine	GABORIT Bénédicte	NOUGAIREDE Antoine
BACCINI Véronique	GASTALDI Marguerite	OUDIN Claire
BARTHELEMY Pierre	GAUDY/MARQUESTE Caroline	OVAERT Caroline
BARTOLI Christophe	GELSI/BOYER Véronique	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	GIUSIANO Bernard	PERRIN Jeanne
BELIARD Sophie	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	RANQUE Stéphane
BERBIS Julie	GOURIET Frédérique	REY Marc
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GRAILLON Thomas	ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
BEYER-BERJOT Laura	GREILLIER Laurent	ROBERT Philippe
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SABATIER Renaud
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BOULLU/CIOCCA Sandrine	HAUTIER/KRAHN Aurélie	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	SAVEANU Alexandru
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise	JOURDE CHICHE Noémie	SECQ Véronique
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	SOULA Gérard
CARRON Romain	KRAHN Martin	TOGA Caroline
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TOGA Isabelle
		TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	TROUSSE Delphine
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VALLI Marc
DADOUN Frédéric (disponibilité)	LAGIER Aude	VELLY Lionel
DALES Jean-Philippe	LAGIER Jean-Christophe	VELY Frédéric
DAUMAS Aurélie	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VION-DURY Jean
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LEVY/MOZZICONACCI Annie	ZATTARA/CANNONI Hélène
DEL VOLGO/GORI Marie-José	LOOSVELD Marie	
DELLIAUX Stéphane	MANCINI Julien	
DESPLAT/JEGO Sophie	MARY Charles	
DEVEZE Arnaud Disponibilité	MASCAUX Céline	
DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André	
EBBO Mikael	MILLION Matthieu	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	STEINBERG Jean-Guillaume
BARBACARU/PERLES T. A.	LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BERAUD/JUVEN Evelyne (retraite octobre 2016)	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
BOYER Sylvie	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

**MAITRE DE CONFERENCES
ASSOCIE à MI-TEMPS**

REVIS Joana

PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)****ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

LAGIER Aude (MCU-PH)

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) Surnombre
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
PAUT Olivier (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

VELLY Lionel (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

BURKHART Gary (PAST)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)

KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**CARDIOLOGIE 5102**

GUEDJ Eric (PU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)

MUNDLER Olivier (PU-PH)

BONNET Jean-Louis (PU-PH)

TAIEB David (PU-PH)

CUISSET Thomas (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)

DEHARO Jean-Claude (PU-PH)

RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)

VION-DURY Jean (MCU-PH)

HABIB Gilbert (PU-PH)

PAGANELLI Franck (PU-PH)

THUNY Franck (PU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

BERDAH Stéphane (PU-PH)

HARDWIGSEN Jean (PU-PH)

LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre

SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre

SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

GAUDART Jean (PU-PH)

GIORGI Roch (PU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

CHAUDET Hervé (MCU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)

DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

MOUTARDIER Vincent (PU-PH)

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

SEBAG Frédéric (PU-PH)

MANCINI Julien (MCU-PH)

TURRINI Olivier (PU-PH)

SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)

BEGE Thierry (MCU-PH)

BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Surnombre
GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
LAUGIER René (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)
ACHARD Vincent (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)

LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)
NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH)
THIRION Xavier (PU-PH)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)
FRERE Corinne (MCU-PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65ème section) (retraite octobre 2016)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)

DELARQUE Alain (PU-PH)

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)

DISDIER Patrick (PU-PH)

DURAND Jean-Marc (PU-PH)

FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre

GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)

HARLE Jean-Robert (PU-PH)

ROSSI Pascal (PU-PH)

SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

SERRATRICE Jacques (PU-PH) disponibilité

VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

BOTTA Alain (PU-PH) Surnombre

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

NEPHROLOGIE 5203

FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BERLAND Yvon (PU-PH)

BRUNET Philippe (PU-PH)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH)

BELIARD Sophie (MCU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)	ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
OPHTALMOLOGIE 5502	FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH) POUGET Jean (PU-PH) Surnombre
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) MATONTI Frédéric (PU-PH) RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section) ROMAN Stéphane (Professeur associé des universités mi-temps)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH) VALLI Marc (MCU-PH)
DESSEIN Alain (PU-PH) PIARROUX Renaud (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) RANQUE Stéphane (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	PHILOSOPHIE 17
PEDIATRIE 5401	LE COZ Pierre (PR) (17ème section) ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)
CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH) ANDRE Nicolas (MCU-PH)	PHYSIOLOGIE 4402
	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) CHAUVEL Patrick (PU-PH) Surnombre JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité) DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)
BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)
MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

A M. le Professeur Patrick VILLANI, Chef de service de Médecine Interne Gériatrique à l'Hôpital Sainte Marguerite,

C'est pour moi un honneur que vous présidiez mon jury après m'avoir accueilli au cours de 4 stages tout au long de mes études.

Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A M. le Professeur Antoine ROCH, Chef de service des Urgences Adultes de l'Hôpital Nord,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury, ainsi que pour vos enseignements au cours de mon passage dans votre service.

Veuillez accepter ma sincère reconnaissance et ma profonde considération.

A M. le Professeur Patrick Gerbeaux, Médecin au service des Urgences Adultes de l'Hôpital de la Timone, je vous remercie d'avoir accepté d'intégrer ce jury de thèse et d'apporter votre avis sur ce travail.

Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de ma profonde considération.

A M. le Dr Ygal GRIGUER, Médecin généraliste,

Maître de stage, poète et Juste.

Merci de m'avoir accueilli dans votre cabinet comme un membre de la famille et ce dès mon premier jour.

Merci d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse et de m'avoir enseigné ce qui ne s'apprend ni dans les livres, ni à la faculté.

Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A M. le Dr Jonathan HARROCHE, Médecin spécialisé en Santé Publique,

Merci pour vos relectures, vos conseils et votre patience tout au long de mon travail de Thèse.

Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de ma profonde gratitude.

A mon père,

Nul autre ne pourrait se vanter d'avoir un père comme toi.

Merci est un mot bien faible pour tout ce que tu m'as apporté. Ta confiance, ton honnêteté, tes conseils, tes valeurs et ton soutien ont façonné l'homme que je suis aujourd'hui ainsi que la conduite que je me suis donné.

Ti ringraziu per tuttu o Bâ, per avemi trasmessu l'amore di a nostra Terra è di e nostre tradizione.

A ma mère,

pour ton amour et ton soutien durant toutes ces années et celles à venir.

Merci d'avoir été là lorsque ça allait et surtout lorsque ça n'allait pas. L'amore d'una mamma un cunnosce fruntiere.

A Jean Jo et Flo,

Bien qu'entre nous un simple regard ou un sourire suffisent à en dire plus que tout long discours, je tenais à vous remercier pour votre soutien et votre affection à mon égard, vous avez toujours été là pour moi. Allora a vi dicu cun tuttu u m'amore, vi tengu caru.

A Marie,

u mo Core,

Merci pour ta patience et ton soutien de tous les instants. Ces deux ans à tes côtés à Marseille étaient un cadeau du ciel, qui j'espère de tout mon cœur se poursuivront. Je suis tellement fier de ce que tu as accompli (et je reconnais ici devant tous que pas une seule de ces lignes n'a pas été corrigée par toi).

A mes frères de toujours, Maxime et Jean-Baptiste,

Merci d'avoir été et d'être là pour moi au moindre instant, que ce soit au bout du fil ou en personne, avec ou sans raisons, c'est une chance inestimable de vous avoir à mes côtés.

A la mio caccara,

Per tutti i strazi in la to vita. Per e nostre ghjurnate di discussione in cucina o à cantu à u focu. Per u t'amore, u to sustegnu, e per esse sempre stata sicura di a mo riescita. Per avè tenutu u contu di i mesi chi mi firmavanu a fà in cuntinente, ti tengu per sempre in u mio core.

A mon oncle Paul Jean,

Tu as toujours été là pour moi. Merci pour ton affection sans bornes. Merci de nous avoir enseigné de toujours vivre dans le partage. Merci d'être le ciment qui rend cette immense famille aussi forte qu'elle l'est aujourd'hui.

A ma Tante Pauline,

Merci d'avoir été à mes côtés pendant toutes ces années. Tes visites à Marseille me mettaient toujours du baume au cœur et me donnaient la force de tenir plus longtemps. Ti tengu cara.

A mes nièces Laura et Lia,

Nos vies ont pris une tout autre dimension depuis que vous êtes nées.
Vous êtes désormais le sel et l'amour de nos vies.

A « i mei »,

Vous remercier toutes et tous un par un nécessiterait une thèse dédiée, et elle serait justifiée.

Merci à mon oncle Nicolas, et aux cousins de mon père Jean-Jacques, Nicolas, Charles, Ignace, Paul d'avoir été pour moi des exemples. Véritables bourreaux de travail dans ce dur milieu agricole qui nous est si cher, c'est aussi en vous que je puisais la force de travailler pour préparer mes concours.

Merci à mes cousins d'avoir suivi la voie de nos pères, m'empêchant ainsi de dévier du sillon que ceux-ci nous avaient tracés. Carissimi cugini, Guillaume, Natale, Yvan, Lurenzu, Ernest, François, Alexandre, Paul-Louis, Charles, Thomas, vi ringraziu per tuttu.

Merci à mes cousines, Fannelie, Kelly, Alexia, Laurine, Selena, Anne, Estelle, Lesia, Mélissandre, Mélanie, Elodie, Caro. Aussi fidèles et aimantes que des sœurs, ô combien ma vie serait fade sans vous.

A Andrea,

Ma plus fidèle amie, je te remercie d'avoir toujours été à mes côtés. Je sais quelle chance j'ai de t'avoir. Je « crois que » tu seras un excellent médecin urgentiste. In fatti, ne so sicuru o suredda.

A mes amis,

Qui sont pour moi une deuxième famille, et qui ont suivi cette épopée du début jusqu'à la fin, Alex, Antho, Petru, Maurice, Arthur, Andrea, Jean Tho, JB Cipriani, Casa, Vincent, Adri, Thomas Colombani et mon cugnatu Michè Dominici.

A mes amis de médecine,

Merci pour ce que nous avons et allons, je l'espère, continuer de partager ensemble : Bruno, Marc-Antoine, Catherine, Laurent, Aphaia, Georgina, Sonia, Francescu, Jo Cristini, Kévin.

A mes amis marseillais,

De naissance ou d'adoption, Simon B, Simon V, Julie, Nathaniel, Zeina, Marie, Anaïs, Alienor, Julien, Harrison, Yo, Steph, Guigui, Antoine, Benoit, Lauren merci pour votre accueil et ces moments partagés.

A Dédé, pour m'avoir accueilli comme un fils dans cette grande ville.

A ma tante Monique, Marie-France, Corinne, Daniel, Paule, Fabien, Manon, Luc, Laure, Charles, Marc, merci pour votre soutien et votre accueil tout au long de ces années.

A toutes les équipes médicales et paramédicales,
qui m'ont enseigné tellement de choses durant cet internat.

Mention particulière au Dr Silicani-Amoros P, que les CHU nous envient, ainsi qu'à son équipe du CH d'Ajaccio : merci pour votre accueil, vos citations, votre dynamisme et surtout cet immense que vous nous transmettez.

A Nadine Griguer,

Dite « la Main de Dieu », sans qui mon stage et cette thèse n'auraient tout simplement jamais eu lieu, merci infiniment pour votre bonté.

A i mo paesani, di e Piazzole è di l'Orezza.

Je dédie ma thèse à mon cousin germain Jean-Jacques Emanuelli, qui nous a quittés bien trop tôt. Il était pour moi un modèle. Adolescent, il m'a dit un jour à Campu Magnu qu'il ne fallait pas que je me contente d'un métier tranquille, aussi honorable soit-il. Que je devais travailler dur à l'école pour essayer de devenir quelqu'un de bien, surtout si je voulais devenir médecin. Tes paroles et ta bienveillance cousin ne m'ont jamais quittées, elles résonnent et résonneront en moi jusqu'à la fin des temps.

Rendu Grazia à Diu d'avemi fattu nasce in salute, in una famiglia cara, in un paese in pace.

Sommaire :

I. Introduction	3
II. Matériels & Méthodes	5
III. Résultats.....	7
III.1. Constitution de l'échantillon et déroulement des entretiens.....	7
III.2. Le médecin généraliste et son évaluation globale du phénomène de la chute du SA.....	8
III.2.1. Expression du ressenti global concernant la question de la chute du SA par les médecins généralistes	8
III.2.2. Evaluation du nombre de chutes par les médecins généralistes	9
III.2.3. Etiologies majeures de la chute selon les médecins généralistes	9
III.3. Les stratégies de la prévention de la chute par les médecins généralistes.....	11
III.3.1. Bilan d'organes et axes de prise en charge	11
III.3.2. Action sur l'environnement et la iatrogénie	14
III.3.3. Aides humaines	14
III.3.4. Aides mécaniques et éducation à la prévention	15
III.3.5. Les structures d'aide au maintien à domicile	15
III.3.6. Recours à l'institutionnalisation (EHPAD) et avantage de ces structures dans la prévention.....	16
III.4. Evaluation des freins à la prévention	17
III.4.1. Les causes liées aux malades.....	17
III.4.2. Les causes plus générales liées au médecin et à sa pratique actuelle.....	18
III.5. Intérêt d'un bilan préventif simplifié en médecine générale	18
IV. Discussion.....	19
IV.1. Analyse.....	19
IV.1.1. Population étudiée	19
IV.1.2. Evaluation du problème de la chute	19
IV.1.2.1 Le ressenti	19
IV.1.2.2 La fréquence	20
IV.1.2.3 Les facteurs de risques majeurs	21
IV.1.3. Les stratégies de prévention	22
IV.1.3.1. Bilan d'organes, iatrogénie et environnement.....	23
IV.1.3.2. Les aides humaines, matérielles et l'éducation.....	25
IV.1.3.2.1. Aides Humaines	25
IV.1.3.2.2. Aides matérielles.....	28
IV.1.3.2.3. Education et conseils	28
IV.1.3.3. Avantages liés à l'institutionnalisation dans la prévention de la chute.....	28
IV.4. Complexité et limites des stratégies.....	29
IV.1.4.1 Liées au médecin	29
IV.1.4.2 Liées au malade	30
IV.2. Cohérence interne	31
IV.3. Cohérence externe	33

V.	Conclusion	34
VI.	Bibliographie.....	35
VII.	Abréviations	39
VIII.	Annexes.....	40

I. Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, 28 à 35 % des sujets âgés de plus de 65 ans chutent au moins une fois par an dans le monde (1). En France, la chute représente la première cause de mortalité par accident de la vie courante chez les plus de 65 ans, avec environ 12000 décès par an (2) (3).

Dans la littérature, on trouve de nombreux articles et ouvrages qui s'intéressent aux facteurs de risques de chute, certains en ont même recensé plus de 400 différents (4). Aujourd'hui, ces derniers sont répertoriés et classés en facteurs de risques intrinsèques, comportementaux et extrinsèques de chute (Annexe 1). À ceux-ci s'ajoutent depuis quelques années les notions de facteurs prédisposants définis comme un cumul de facteurs de risque de chute d'un individu et les facteurs précipitants qui interviennent ponctuellement dans le mécanisme de la chute (5) (Annexe 2). Des recommandations de bonnes pratiques médicales établies depuis quelques années (SFDRMG / HAS) (6) (7) (8) se fondent sur ces facteurs, et un guide de prévention de la chute à domicile issue d'une collaboration de professionnels de santé francophones a même été réalisé pour l'INPES (9) ainsi que pour la HAS (Annexe 3).

De nombreuses institutions (maisons de retraites, SSR) développent des programmes et des stratégies de prévention de la chute au sein de leur établissement et s'organisent parfois même à l'échelle régionale (Programme ARS Île de France : PARE À CHUTE (10)) pour faire face à un nombre croissant de résidents en EHPAD (11). En revanche, il n'existe pas, à notre connaissance, d'articles ou d'ouvrages évaluant les stratégies mises en place par les médecins généralistes au domicile dans la prévention de la chute de la population gériatrique.

Le médecin généraliste est aujourd'hui dans le parcours coordonné de soins au centre de la prise en charge des patients en France. Il assure au cabinet comme au domicile le suivi, la coordination des soins et la prévention en étant en relation directe avec les différents acteurs médicaux et paramédicaux. Ce qui fait de lui l'acteur principal indispensable dans la prévention de la chute de la population gériatrique française.

Le choix de cette étude est motivé par l'importance de la chute et de ses conséquences en termes de santé publique, tant sur la morbi mortalité qu'elle entraîne (12) que le surcoût occasionné secondairement en termes de prise en charge (3). Dans un pays

où le nombre de sujets âgés ne cesse d'augmenter et où l'INSEE estime qu'en 2050, près d'un habitant sur trois aurait plus de 60 ans - contre un sur cinq en 2005 (13) - la prévention de la chute doit devenir un sujet majeur et incontournable en médecine générale.

L'objectif principal de cette étude est de mettre en évidence les stratégies mises en place au domicile par le médecin généraliste Marseillais dans le cadre de la prévention de la chute du sujet âgé de plus de 65 ans.

L'objectif secondaire est d'établir un bilan standardisé, simplifié et préventif de la chute à partir des résultats de cette enquête.

II. Matériels & Méthodes

Nous avons conduit une étude de type qualitative, par saturation de données.

Une grille d'entretien composée de 10 questions ouvertes (Annexe 12) a été réalisée en collaboration avec le Dr Griguer Ygal, médecin généraliste du 8^e arrondissement de Marseille et avec les conseils du Dr Harroche médecin Marseillais spécialisé en santé publique.

Même si l'Organisation Mondiale de la Santé définit désormais la personne âgée comme une personne de plus de 60 ans (14) (contre 65 ans autrefois), nous avons retenu l'âge de 65 ans pour notre étude pour deux raisons. Tout d'abord parce que la plupart des études des 30 dernières années portant sur les sujets âgés concernent les plus de 65 ans, et également parce que les données épidémiologiques de l'INSEE concernant le troisième âge et au-delà débutent à partir de 65 ans.

Dans un premier temps nous avons décidé de récupérer les caractéristiques des médecins généralistes Marseillais.

Ensuite, il nous fallait comprendre de quelle manière ils abordaient la question de la chute. Nous souhaitions connaître leur vision globale sur le problème afin de mieux comprendre sur quelles bases s'organisait leur stratégie.

Ainsi, les premières questions qui ont été posées s'intéressaient à leur pratique et à leur expérience du terrain : estimation de la fréquence de la chute dans leur patientèle et de ses étiologies majeures.

Secondairement nous nous sommes penchés sur leur stratégie personnelle de prévention de la chute chez le SA, en la décortiquant au maximum via l'entretien semi dirigé.

Puis, pour terminer, nous nous sommes intéressés aux difficultés que qu'ils pouvaient rencontrer en pratique.

La population étudiée correspondait aux médecins généralistes du 8^e arrondissement de Marseille travaillant en cabinet libéral. Les critères d'inclusions étaient : d'avoir un diplôme de médecine générale, un cabinet libéral situé dans le 8^e arrondissement de Marseille, d'avoir au moins un patient âgé chuteur et d'effectuer des visites au domicile. Les médecins généralistes remplaçants ont été exclus car nous supposions que

l'exercice de prévention au sein d'une population âgée nécessitait de bien connaître les dossiers médicaux et qu'une confiance mutuelle soit instaurée entre le médecin et le malade.

A partir du répertoire fourni sur www.ameli.fr, nous avons sélectionné les médecins généralistes du 8^e par téléphone. Une fois le sujet brièvement présenté, et l'obtention du consentement éclairé pour la participation à l'étude, les médecins convenaient d'un rendez-vous pour effectuer l'entrevue.

Chaque entretien se déroulait de manière individuelle au cabinet du médecin généraliste. L'interrogatoire était effectué par un unique enquêteur sur un temps équivalant à une consultation classique. Les informations ont été récupérées manuscritement et complétées par un enregistrement sur dictaphone en vue d'optimiser la récolte des données. Le tout était retranscrit le soir même sur un logiciel de traitement de texte (Word).

Pour cette étude qualitative, c'est également le même enquêteur qui a effectué l'analyse des résultats. Tout d'abord nous avons réalisé une analyse verticale dégagant les différents thèmes abordés par les médecins généralistes dans chaque entretien ; puis, une comparaison horizontale des thèmes et mots-clés les plus récurrents rassemblés sous forme de tableaux ou de citations (sur Word et Excel). Ceci a permis de dégager les singularités et les similitudes des différentes entrevues sur le thème de la chute et de ses stratégies de prévention.

Toutes ces données ont finalement été synthétisées de la manière la plus exhaustive et la plus fidèle aux 33 entretiens réalisés entre les mois de février et mars 2017.

Afin de respecter la confidentialité des médecins généralistes, leurs noms et prénoms ont été remplacés par les lettres M suivies d'un numéro représentant l'ordre selon lequel ils ont été interrogés.

La recherche bibliographique s'est effectuée sur des moteurs de recherche du type Pubmed, Cismef, Science Direct, l'INSEE et la Haute Autorité de Santé sur une période s'étalant de février à août 2017.

III. Résultats

III.1. Constitution de l'échantillon et déroulement des entretiens

162 médecins ont été répertoriés avec un numéro disponible sur l'annuaire santé d'Ameli.fr en février 2017 pour le 8^e arrondissement de Marseille. 145 ont été contactés entre le 01 février et le 05 avril 2017. Parmi eux, 91 ont été exclus : 31 étaient répertoriés comme généralistes, mais pratiquaient d'autres activités à temps plein (médecin esthétique, expertise médicale, homéopathie, ostéopathie) ; 19 d'entre eux n'ont pas souhaité participer à l'étude par manque de temps à accorder à l'enquêteur ; 11 n'ont pas souhaité répondre par manque d'intérêt pour l'étude ; 2 étaient médecins remplaçants et ont donc été écartés de l'enquête ; enfin, n'ont pas été retenus pour les besoins de l'étude 28 médecins généralistes ne réalisant pas de visites à domicile.

Finalement, le recrutement a pris fin lors de la saturation des données après que 33 médecins répondant aux critères d'inclusion ont été interrogés.

Les 33 entretiens ont été réalisés par le même enquêteur et se sont déroulés aux cabinets des médecins généralistes du 01 février au 05 avril 2017.

Le temps moyen d'un entretien était de 12 minutes 20 secondes, avec un entretien de durée minimum réalisé en 5 minutes pour un entretien de durée maximum en 22 minutes.

Les caractéristiques précises des praticiens ont été détaillées dans l'annexe (Annexe 6).

On retrouvait 22 hommes pour 11 femmes, avec des années d'installation allant de 1971 à 2016 (moyenne à 1996) et un âge moyen de 50 ans.

Parmi ces médecins, 10 pratiquaient une activité secondaire n'excédant pas 50% de leur temps de travail, contre 23 médecins qui exerçaient à 100% dans leur cabinet de médecine générale.

18 des médecins possédaient au moins un diplôme universitaire (DU), dont 3 qui en possédaient 2, la liste est détaillée dans l'annexe (Annexe 7).

III.2. Le médecin généraliste et son évaluation globale du phénomène de la chute du SA

III.2.1. Expression du ressenti global concernant la question de la chute du SA par les médecins généralistes

À travers une question subjective, nous avons tenté d'évaluer le « ressenti » des médecins face au problème de la chute des SA dans leur pratique.

Les résultats les plus récurrents sont disponibles dans le tableau suivant A.1.

Un des médecins décrivait la chute comme un « paradoxe » en disant qu'elle pouvait être à la fois conséquence et cause d'une altération de l'état général (M1).

A.1 : Le Ressenti de la question de la chute par les médecins généralistes :

Ressenti de la question de la chute par le médecin	n	%
Source de Complications	15/33	45,5%
Entrée dans la dépendance - Perte d'autonomie	14/33	42,5%
Fréquente	13/33	39,5%
Part imprévisible - Fataliste - Part accidentelle- Impuissance	13/33	39,5%
Coût santé publique	6/33	18%
Grave	5/33	15%
Peur	4/33	12%
Dangereux	1/33	3%
Paradoxe	1/33	3%

III.2.2. Evaluation du nombre de chutes par les médecins généralistes

Lorsqu'on a demandé aux médecins interrogés d'estimer le nombre de chutes mensuelles de leur patientèle, 48,5% d'entre eux y étaient confrontés au moins deux fois par mois [Tableau (A.2) Evaluation du nombre de chute des SA par mois par les MG].

Cependant, certains médecins faisaient remarquer que ces chiffres étaient potentiellement sous évalués car bien souvent ils n'avaient pas connaissance d'une quelconque chute 6% (M5, M6). D'autres expliquaient également que certaines chutes passaient inaperçues, et que, même lorsque des services de secours ou une tierce personne venaient aider un patient à se relever, ils n'en avaient pas systématiquement la notion au décours 6% (M12, M27). 6% d'entre eux (M26, M28) expliquaient la faible fréquence des chutes à leur cabinet par une patientèle plutôt jeune.

Tableau A.2 : Evaluation du nombre de chute des SA par mois par les MG :

Evaluation de la fréquence de la chute	n	%
<1 / mois	5/33	15%
1 / mois	12/33	36,5%
2 à 6 / mois	15/33	45,5%
Quotidiennement	1/33	3%

III.2.3. Etiologies majeures de la chute selon les médecins généralistes

Parmi tous les facteurs de risques répertoriés, nous avons demandé aux médecins interrogés quelles étaient, selon eux, les 3 étiologies majeures responsables des chutes chez les SA. La iatrogénie, l'environnement et la sarcopénie se partageaient respectivement les première, deuxième et troisième places d'une liste de 16 causes majeures résumées dans le tableau (A.3) « Les 3 étiologies les plus citées comme pourvoyeuses de chute ».

Tableau A.3 : Les 3 étiologies les plus citées comme pourvoyeuses de chute :

Les 3 étiologies majeures	n	%
Iatrogénie- Polymédication	20/33	60,5%
Environnement	15/33	45,5%
Sarcopénie	13/33	39,5%
Troubles de l'équilibre	9/33	27%
Troubles neurologiques / cognitifs	8/33	24,5%
Etat Nutritionnel	6/33	18%
Troubles Sensoriels (visuels, auditifs)	6/33	18%
Troubles posturaux et Marche	4/33	12%
Chaussage	3/33	9%
Comportement à risque	3/33	9%
Isolement	3/33	9%
Nycturie	3/33	9%
Cardiovasculaire / Hypotension	2/33	6%
Malaises (Hypo G / HypoTA)	2/33	6%
Arthrose	1/33	3%
Hypotension orthostatique	1/33	3%

III.3. Les stratégies de la prévention de la chute par les médecins généralistes

III.3.1. Bilan d'organes et axes de prise en charge

En ce qui concerne les stratégies de prévention de la chute des médecins généralistes interrogés, nous avons regroupé pour plus de clarté les stratégies en deux grands groupes :

Ceux qui réalisaient un bilan d'organes systématiquement en regard de ceux qui réalisaient un bilan plus ou moins important selon des caractéristiques propres au chuteur.

Ainsi, 57,5% des médecins réalisaient un bilan d'organes systématique détaillé dans le tableau A.4 suivant :

A.4 : Bilan sans condition initiale liée au malade ou à la chute :

Bilan	n	%
Guidé par la clinique	7/33	21%
Systématique de plusieurs organes	12/33	36,5%

En revanche, 42,5% des médecins réalisaient un bilan, conditionné selon des caractéristiques propres au chuteur, conformément à des conditions prédéfinies. Dans ce cas, 4 stratégies différentes se démarquaient. Elles possédaient toutes une condition préalable liée au chuteur et qui était étudiée avant la réalisation d'un bilan d'organes. Ces 4 stratégies sont regroupées dans le tableau (A.5).

Tableau A.5 : Bilan selon condition préalable :

Condition et Action	n	%
<u>Selon graduation du risque de la HAS</u> Bas risque : bilan d'organes en ville Haut risque : bilan complet en milieu hospitalier	1/33	3 %
<u>Selon l'origine mécanique de la chute</u> Mécanique : Pas de bilan Non Mécanique : bilan d'organes orienté par la clinique	2/33	6%
<u>Selon l'état général du chuteur</u> Peu de pathologies : bilan d'organes orienté selon la clinique Nombreuses pathologies : Bilan d'organes systématique	3/33	9%
<u>Selon le caractère isolé ou répété de la chute</u> Isolée : bilan orienté par la clinique Répétée : bilan d'organes complet	8/33	24,5%

La plupart du temps, chaque médecin détaillait sa stratégie en commençant par le bilan d'organes qu'il réalisait de manière systématique et dans certains cas en évaluant d'autres grands axes de prise en charge tels que l'amyotrophie, la nycturie, la nutrition et l'alcoolisme. Les résultats relatifs aux bilans d'organes et aux axes de prise en charge sont retrouvés respectivement dans les tableaux (A.6) et (A.7).

Tableau A.6 : Liste des organes bilantés cités par les praticiens :

Organes bilantés cités par les praticiens	n	%
Cardio-Vasculaire	12/33	36,5%
Neurologique	9/33	27%
Sensoriel (Vue/Ouïe)	9/33	27%
ORL(Vertige/Equilibre)	8/33	24,5%
Locomoteur	5/33	15%
Hypotension Ortho	3/33	9%
Malaise	3/33	6%

Tableau A.7 : Autres axes de prises en charge cités par les praticiens :

Autres axes de prise en charge	n	%
Nutrition	8/33	24,5%
Amyotrophie	6/33	18%
Nycturie	5/33	15%
Alcool	3/33	9%

La notion de prévention primaire ou secondaire n'était jamais exprimée par les praticiens. Cependant, les stratégies s'individualisaient en 2 groupes : celles qui débutaient après une chute (48,5%) et celles qui n'avaient pas de condition préalable (51,5%) à leur mise en place.

III.3.2. Action sur l'environnement et la iatrogénie

Parallèlement au bilan d'organes, les médecins agissaient sur l'environnement : celui-ci était réévalué par 94% des praticiens qui conseillaient des modifications d'agencement ergonomiques, voire des travaux d'aménagement pour 27% d'entre eux.

La seconde réévaluation qui était pratiquée par 79% des généralistes concernait les ordonnances avec pour cibles prioritaires les somnifères et antihypertenseurs. Ces résultats sont disponibles en Annexe, dans les tableaux (Annexe 8) et (Annexe 9).

III.3.3. Aides humaines

Concernant les aides humaines, on notait que 100 % des médecins avaient recours à au moins une aide humaine dans leur stratégie de prévention. Les divers acteurs paramédicaux et autres aidants (professionnels et non professionnels) qui étaient inclus dans une stratégie ont été répartis dans le tableau Aides Humaines (A.8).

Tableau A.8 : Aides humaines

Aides Humaines	n	%
Kiné	32/33	97%
IDE	30/33	91%
Famille ou Aidants	17/33	51,5%
Aide-ménagère	5/33	15%
Ergothérapeute	5/33	15%
Institutionnalisation	2/33	6%
Association	2/33	6%
Portage des repas	1/33	3%
Equipe Mobile de Gériatrie	1/33	3%
Podologue	1/33	3%

Les indications des kinésithérapeutes étaient multiples : lutte contre l'amyotrophie (73%), lutte contre l'enraidissement (9%), correction des troubles de la marche (36,5%) et de l'équilibre (60,5%).

Les IDE étaient elles aussi très sollicitées : aide à la toilette (63,5%), surveillance-évaluation du risque de chute (54,5%) et préparation du pilulier (48,5%).

III.3.4. Aides mécaniques et éducation à la prévention

Pour les aides mécaniques, on notait que 42 % des médecins choisissaient d'équiper leurs chuteurs d'au moins un appareil (Canne, Déambulateur, Rollator).

Les différentes aides à la marche et autres aides sont regroupées dans le tableau (A.9).

Tableau A.9 : Aides mécaniques et appareillage :

Aides mécaniques et appareillage	n	%
Appareillage / Aide à la marche	10/33	30%
Chaussage	5/33	15%
Lit médicalisé	4/33	12%

L'éducation des chuteurs faisait aussi partie de la stratégie de 27% (M4 M6 M7 M21 M25 M29 M30 M32 M33) des généralistes, via divers conseils et astuces de prévention.

III.3.5. Les structures d'aide au maintien à domicile

Les structures d'aide au maintien à domicile (type SSIAD) pouvaient s'intégrer dans leur stratégie de prévention de la chute pour 60,5% des interrogés, les avantages sont répertoriés dans le tableau A.10.

En revanche, 39,5% ne trouvaient aucun avantage au recours à un SSIAD, 12% soulignaient un manque de dialogue avec peu d'échange en retour des équipes en places (4/33), voire pour 3%, le sentiment de parfois « perdre la main » (M26).

Tableau A.10 : Points forts des structures d'aide au maintien à domicile :

Points forts	n	%
Temps de présence important	16/33	48,5%
Absence de contrainte de tarification à l'acte	3/33	9%
Personnel attentif et formé	2/33	6%
Evaluation du risque et conseil d'aménagement	1/33	3%

III.3.6. Recours à l'institutionnalisation (EHPAD) et avantage de ces structures dans la prévention

Concernant les structures de soin, on retrouvait 21% des praticiens qui évitaient tant que possible d'institutionnaliser leurs patients. Selon eux, la prévention en structure de soins n'était pas mieux organisée qu'au domicile. De plus, l'institutionnalisation devait être motivée par autre chose que le simple risque de chute pour (M13).

Les praticiens (M26) et (M32) se justifiaient par une faible expérience dans ces structures, n'ayant pas le temps d'y suivre leurs patients une fois placés.

Face à eux, 79% pouvaient à un moment donné de leur prise en charge conseiller la mise en institution, car ils pensaient que la prévention de la chute y était bien meilleure que ce qu'on pouvait mettre en place au domicile. Les avantages les plus récurrents en structures de soins sont détaillés dans le tableau A.11.

Tableau A.11 : Avantages de l'institutionnalisation dans la prévention de la chute :

Avantages de l'institutionnalisation	n	%
Environnement optimal et adapté	16/33	48,5%
Surveillance constante par personnel formé	16/33	48,5%
Appareillage optimal	10/33	30%
Contention physique	6/33	18%
« Commission Chute »	3/33	9%
Stratégie préventive standardisée	1/33	3%

III.4. Evaluation des freins à la prévention

Nous avons demandé aux médecins généralistes du 8^e arrondissement, quelles étaient selon eux les raisons d'un nombre croissant de chutes en France, malgré une longue liste de facteurs de risque identifiés depuis des années.

Pour plus de clarté, nous avons rassemblé les réponses en deux grandes catégories : les raisons liées aux patients d'une part et d'autre part celles d'ordre général, sociétal ou encore liées à la pratique médicale contemporaine.

III.4.1. Les causes liées aux malades

Parmi les causes liées aux patients, les généralistes expliquaient que bien souvent, ils se heurtaient à un simple refus des patients pour toute proposition de changement (Tableau A.12).

A.12 Praticiens se heurtant aux refus des malades :

Types de refus	n	%
Conseils de prévention	15/33	45,5%
Modification de traitement (substitution - retrait)	13/33	39,5%
Modification environnementale	11/33	33,5%

Les autres obstacles aux stratégies préventives étant liés aux patients sont détaillés dans le Tableau A.13.

Tableau A.13 Autres freins à la stratégies liés aux patients :

Autres freins à la prévention	n	%
Conduites à risque des SA	7/33	21%
Origine accidentelle incompressible	7/33	21%
Impossibilité financière à toute modification du domicile	5/33	15%
Pathologies neurodégénératives avec séquelles	2/33	6%

III.4.2 Les causes plus générales liées au médecin et à sa pratique actuelle

Tableau A.14 Causes liées au médecin et à sa pratique actuelle

Causes liées au médecin et à sa pratique actuelle	n	%
Facteurs de risque trop nombreux	16/33	48,5%
Manque de temps en médecine générale	10/33	30%
Vieillesse de la population	5/33	15%
Théorie diffère de la pratique	3/33	9%
Faire face au « maintien à domicile à tout prix »	2/33	6%
Patients de plus en plus lourds et isolés	2/33	6%
De moins en moins de médecins pratiquent les VAD	1/33	3%

Le tableau A.14 regroupe les étiologies de l'échec de stratégies préventives liées au médecin, et à la pratique médicale dans la société actuelle.

III.5. Intérêt d'un bilan préventif simplifié en médecine générale

Du fait du nombre important de facteurs de risques, nous avons demandé aux praticiens si un bilan annuel standardisé d'aide à la prévention de la chute pouvait être utile à leur pratique. Les résultats ont été détaillés dans le tableau A.15.

A.15 Utilité d'un bilan synthétique préventif de chute pour les médecins généralistes :

Utilité d'un bilan synthétique en pratique	n	%
Oui	22/33	66,5%
Non	11/33	33,5%

IV. Discussion

IV.1. Analyse

IV.1.1. Population étudiée

Le choix de la population des médecins généralistes du 8^e arrondissement de Marseille n'était pas anodin. Selon l'INSEE (Annexe 4), c'est dans cet arrondissement que l'on trouvait le plus de SA en 2017 (12,5% des plus de 65 ans) faisant du 8^e un quartier préférentiel pour conduire cette étude. De plus, dans une étude s'intéressant à la prévention de la chute au domicile, les chiffres de l'INSEE nous ont montré que ce quartier était très représentatif de la moyenne de la ville en termes de type d'habitations : 86,2% d'appartements et 12,2% de maisons pour le 8^e, contre 82,4% d'appartements et 16,7% de maison pour la totalité de Marseille (Annexe 5). Ainsi nous avons supposé que les médecins du 8^e avaient proportionnellement plus de SA dans leur patientèle que les autres médecins Marseillais.

L'âge des praticiens interrogés était de 50 ans avec une proportion de 66,5% d'hommes pour 33,5% de femmes.

Tous sans exception travaillaient en cabinet médical pour au moins 50% de leur activité et réalisaient des visites à domicile.

IV.1.2. Evaluation du problème de la chute

IV.1.2.1 Le ressenti

L'analyse du problème de la chute à travers le travail des médecins généralistes nous a apporté une évaluation de terrain plus concrète que l'approche statistique et a permis de mieux comprendre les stratégies qui en découlent.

Lorsque qu'on a étudié les réponses subjectives concernant la chute du SA, nous avons tout d'abord remarqué que ce thème était relativement préoccupant pour bon nombre de praticiens. Ils évoquaient la chute en soulignant qu'elle était un problème « fréquent » dans leur pratique (cité 13 fois). Les « Complications » occasionnées par la chute ont été citées 15 fois et restaient la principale inquiétude des généralistes. Elles faisaient écho à la notion de « perte d'autonomie » (14 fois) étant une des complications majeures de la chute par une diminution de la mobilité (15) (16), mais

aussi à celles de « Gravité », de « Coût pour la santé publique » et de « Dangerosité » (citées respectivement 6, 5 et 1 fois).

Les praticiens semblaient avoir bien conscience que la chute devait être prévenue car elle était source de lourdes conséquences souvent évitables, tant sur le plan humain qu'en termes de ressources de santé.

La notion de « Peur » de la chute revenait pour 12% des praticiens. Elle concernait à la fois la première chute : « les chutes me font peur » (M10) ; et la récurrence : « peur de la rechute » (M5) qui était autant appréhendée par le malade (17) que par le médecin. Cette peur était à la fois liée aux complications mais également au risque de récurrence quasi systématique après une première chute (18). Si celle-ci était autant redoutée c'était parce qu'elle faisait office de « facteur aigu de décompensation » que l'on retrouvait dans le schéma « 1+2+3 de Bouchon » (Annexe 11) et qu'elle suffisait parfois à entraîner un décès.

D'autres soulignaient encore le caractère accidentel et imprévisible de la chute qui faisait naître un sentiment d'impuissance et une attitude fataliste pour certains praticiens. Ce ressenti (cité 14 fois) était compréhensible et pouvait rappeler les limites et les freins des stratégies préventives développées plus loin dans ce chapitre.

IV.1.2.2 La fréquence

Sur la question relative à l'évaluation de la fréquence des chutes, les praticiens ont été partagés quasi équitablement en deux grands groupes : ceux qui avaient moins de deux chutes par mois (51,5%) et ceux qui en signalaient deux ou plus (48,5%). Cependant il ne fallait pas négliger la difficulté à évaluer véritablement toutes les chutes de manière générale (3). Comme certains l'ont expliqué (M5 M6 M7 M10 M12 M27), le médecin n'a pas toujours conscience que le patient a été victime d'une chute. Parfois il l'apprenait bien plus tard lors d'une visite (M7, M10) ou bien grâce l'infirmière qui réalisait la toilette (M5). Il arrivait quelquefois qu'il n'ait pas du tout connaissance de la chute si celle-ci avait été sans gravité ou encore parce que les malades l'avaient omise (19) (M27).

Lorsque l'on a observé les chiffres du Bataillon des Marins Pompiers de Marseille relatifs aux victimes secourues pour le motif de chute à leur domicile dans le 8^e

arrondissement de Marseille (Annexe 10), on retrouvait une moyenne mensuelle de 39 chutes au domicile en 2016 (468 sur l'année entière) pour lesquelles ils ont été appelés en comptant les individus qui ont été transportés en milieu hospitalier et ceux qui ont été laissés vivants au domicile (qui ont nécessité d'un relevage simple).

Ce nombre, qui paraît bien faible, rapporté à celui des praticiens du 8^e nous a seulement permis d'affirmer que les chutes sans gravités étaient véritablement sous-évaluées en pratique.

Pour mieux comprendre la sous-évaluation des chutes, il fallait garder à l'esprit que celles qui étaient comptabilisées se révélaient en fait être les chutes graves nécessitant une prise en charge par les services de secours (Pompiers, SAMU) voire une hospitalisation. Les chutes simples pour lesquelles les patients se relevaient d'eux-mêmes ou nécessitaient d'un simple relevage par les services de secours étaient quant à elles toujours sous-évaluées, bien qu'elles fussent les plus importantes, car c'est sur ces dernières que la prévention et le bilan qui en découlent avaient un effet majeur.

IV.1.2.3 Les facteurs de risques majeurs

En ce qui concerne les facteurs de risques majeurs (Tableau A.2) définis par les médecins généralistes du 8^e, trois se démarquaient particulièrement : La iatrogénie a été citée 20 fois, l'environnement 15 fois et la sarcopénie 13 fois. On a remarqué que sur les 16 causes majeures citées, 12 étaient relatives aux facteurs intrinsèques (cités 75 fois au total) et 4 l'étaient aux facteurs extrinsèques (cités 24 fois).

Les facteurs intrinsèques regroupent les traitements pourvoyeurs de chutes (hypotenseurs, hypoglycémiant, benzodiazépines), la fonte musculaire secondaire au vieillissement et au manque d'activité, les troubles de l'équilibre au sens large ainsi que leurs causes plus précises : troubles sensoriels, neurocognitifs ou encore posturaux. Nous pouvons également ajouter le mauvais état nutritionnel, la nycturie, les troubles cardiovasculaires avec les malaises, l'hypotension orthostatique et pour terminer l'arthrose dont les tableaux douloureux conduisent à la prise d'antalgiques morphiniques parfois responsable d'effets centraux.

Les facteurs extrinsèques sont eux représentés par l'environnement, l'isolement et les comportements à risques.

Ce panel était bien représentatif des facteurs de risques cités dans la plupart des études réalisées à grande échelle (4).

Ces données nous ont renseigné sur le fait qu'au sein d'une même population, les praticiens vont aborder différemment la multitude de facteurs de risques qui s'offrent à eux. Même si trois causes revenaient au minimum plus de 13 fois, c'est un panel de 16 étiologies de chute toutes aussi importantes qui a été décrit ici.

Cette différence pouvait malgré tout avoir un impact sur la prévention. En effet si les praticiens n'étaient pas exhaustifs dans leur stratégie, certaines causes risquaient de ne pas être prévenues car sous-estimées ou méconnues.

IV.1.3. Les stratégies de prévention

Les stratégies préventives des praticiens pouvaient se résumer de manière générale d'après le même schéma.

On retrouvait tout d'abord un bilan d'organes.

Celui-ci était soit réalisé selon l'examen clinique du malade, soit établi systématiquement, soit conditionné selon l'état du malade ou les caractéristiques de la chute.

Venait ensuite une action sur les autres facteurs intrinsèques, puis extrinsèques. Dans un second temps les praticiens faisaient appel à l'utilisation d'aides humaines, matérielles et avaient recours aux structures d'aide au maintien à domicile, voire à l'institutionnalisation du patient.

Nous avons volontairement évité de parler de prévention primaire et secondaire durant les entretiens afin de constater si les praticiens faisaient d'eux-mêmes la distinction dans leur stratégie de prise en charge.

Ainsi, nous avons pu mettre en avant l'absence totale de mention des termes « prévention primaire » et « prévention secondaire ».

Néanmoins, nous supposons que 48,5% des praticiens débutant leur action préventive seulement après une chute réalisaient de fait une prévention qui était plutôt d'allure secondaire. Parallèlement, 51,5% avaient, quant à eux, une action qui pouvaient être interprétée comme relevant à la fois de la prévention primaire et de la prévention secondaire car ils ne détaillaient pas si elle débutait avant ou après une chute ou si cette dernière entraînait une modification de leur stratégie.

IV.1.3.1. Bilan d'organes, iatrogénie et environnement

Nous avons vu dans la section résultats que dans les stratégies présentées par les généralistes le bilan d'organes venait en premier.

Parmi les 57,5% des médecins pour qui le bilan était réalisé systématiquement, 21% se contentaient d'explorer l'organe responsable de la chute selon leur évaluation clinique du patient, et 36,5% réalisaient un bilan d'organes plus ou moins exhaustif selon les praticiens.

À contrario, 42,5% réalisaient un bilan d'organes plus ou moins complet (voire parfois aucun) selon une condition préalable, qui pouvait être :

- Pour 3% une graduation du risque de chute définie par les recommandations de la HAS (6),
- Pour 6% l'origine mécanique ou non de la chute
- Pour 9% l'état général du patient : pauci ou polyopathologique
- Pour 24,5% le caractère isolé ou répété de la chute

Dans tous les cas, l'avantage des stratégies résidait dans un bilan systématique qui permettait de refaire le point sur des organes vieillissant de manière physiologique et constante après 65 ans (20), à condition que ce bilan soit complet.

On peut supposer que les praticiens se fondant uniquement sur l'examen clinique risquaient d'omettre une pathologie pourvoyeuse de chute débutante.

A l'inverse, on peut également penser que certains évaluaient de manière systématique des organes sains, sans véritable point d'appel clinique, générant des dépenses de santé non justifiées.

Dans la littérature, 4 grandes méthodes se démarquent (21) et certaines intègrent les méthodes des praticiens que nous avons interrogés :

- Spécifique à un individu : lorsque la chute résulte d'un mécanisme unique, réalisation d'une intervention sur l'élément responsable de la chute
- À l'échelle d'un groupe d'individus : lorsque la chute est d'origine multifactorielle. Il faut alors distinguer trois cas : Les deux premiers reposent sur une intervention dite multifactorielle :
 - Soit non spécifique mais appliquée systématiquement et uniformément à un groupe d'individus : correction des principaux facteurs de risques de chutes et association d'exercices physiques améliorant l'équilibre, modifications des médicaments et aménagement du domicile
 - Soit spécifique, ciblant au niveau individuel les facteurs de risques identifiés lors de l'évaluation
 - Soit correspondant aux interventions mono-factorielles ciblant un seul facteur de risque évalué comme étant le facteur de risque principal

Une revue de la littérature (22) n'a pas réussi à déterminer laquelle des stratégies (ciblée, mono factorielle ou encore poly factorielle) était la plus efficace. Toutes semblent l'être avec leurs avantages et leurs inconvénients en matière de coût, d'exhaustivité et de temps de réalisation.

D'où l'avantage de réaliser un bilan conditionné selon une graduation du risque et le contexte de la chute. Ce bilan permettrait une prise en charge ciblée dans certains cas ou plus complète si nécessaire.

Lorsque les praticiens détaillaient dans leur stratégie, leurs bilans des facteurs intrinsèques, extrinsèques et leurs axes de prise en charge, on retrouvait globalement les mêmes éléments qui étaient cités dans l'évaluation des 3 critères prédominants prédictifs de chute.

On a remarqué que les praticiens parlaient, pour certains, de facteurs intrinsèques, extrinsèques, comportementaux et environnementaux, mais qu'aucun ne citait les

termes précipitants et prédisposants. Cela est probablement lié au fait que ces derniers sont plus récents et que la nuance avec les termes plus anciens est assez floue.

Seul bémol concernant les bilans d'organes, certains praticiens évoquaient dans leurs réponses la réalisation d'un bilan « complet » sans en donner les détails, ainsi les chiffres concernant chaque organe s'en retrouvaient probablement sous-évalués.

Concernant le risque iatrogénique liée à la polymédication, 79% des généralistes réévaluaient l'ordonnance de leurs patients en essayant de substituer certaines molécules par d'autres ayant moins d'effets secondaires pourvoyeurs de chutes, voire, si possible, d'en supprimer quelques-unes. Rappelons que les benzodiazépines souvent prescrites en traitement de l'insomnie sont génératrices de chutes (23), tout comme certains anti hypertenseurs (24) dont la réadaptation posologique devrait être systématique.

La réévaluation et le réaménagement ergonomique du domicile faisait quasiment l'unanimité. Proposé aux patients dans 94% des cas, il vise à éviter des chutes liées à un environnement qui n'est plus adapté à leur âge et certains médecins allaient même jusqu'à suggérer des travaux d'aménagement dans 27% des cas. Il faut néanmoins noter qu'il a été prouvé que cette intervention a peu d'effet sur la diminution du nombre de chutes pour des sujets à bas risque tandis qu'elle est effective chez les personnes âgées avec un risque élevé et à mobilité réduite (25).

IV.1.3.2. Les aides humaines, matérielles et l'éducation

IV.1.3.2.1. Aides Humaines

Un point était commun à toutes les stratégies sans exception : on retrouvait pour chacune d'elles la mise en place d'aides humaines par les médecins généralistes. Les acteurs privilégiés étaient les kinésithérapeutes sollicités par 97% des médecins ainsi que les infirmiers libéraux qui l'étaient dans 91% des stratégies, loin devant la famille et les aidants, impliqués dans 48,5% des cas.

Les kinésithérapeutes comme les infirmières ont l'avantage d'être des paramédicaux remboursés avec la particularité de pouvoir se déplacer au domicile des patients de manière fréquente.

D'après les interrogés, les intérêts stratégiques les plus récurrents de la kinésithérapie étaient de permettre de prévenir la chute en luttant contre l'amyotrophie, l'enraidissement, les troubles de l'équilibre et de la marche. La kinésithérapie est primordiale dans la prévention de la chute dans la mesure où elle permet entre autres d'entretenir ou de recréer le capital musculaire, surtout lorsqu'on sait qu'une faiblesse des quadriceps est associée à un risque accru de chutes (26). Les bénéfices de cette prise en charge, en terme de prévention, sont reconnus (27). Une très forte diminution du risque de chute pour certains programmes de kinésithérapie a été décrite (28).

Enfin, en cas de manque de motivation de la part des patients les exercices physiques réalisés en groupes ont un effet positif (29).

L'action des IDE sur la prévention repose à la fois sur l'évaluation et la surveillance des patients. Leur passage quotidien permet de mieux apprécier leur état et de référer toute apparition ou aggravation du risque de chute au médecin traitant dans le but d'avoir une action préventive dans les plus brefs délais. La préparation du pilulier par l'IDE permet aussi d'éviter de nombreux malaises responsables de chutes par surdosages en hypotenseurs et hypoglycémifiants.

Dernier point important de l'implication des IDE dans la prévention de la chute : l'aide à la toilette. On sait que la salle de bain est un des lieux privilégiés de la chute au domicile (30), on peut donc supposer qu'une aide à la toilette par un personnel qualifié et attentif permet de diminuer le risque de chute.

La famille est le troisième intervenant le plus sollicité dans la prévention de la chute des SA. Les praticiens leur attribuent la plupart du temps un rôle de coordonnateur de la prévention et des mesures mises en œuvre. De plus, beaucoup profitent du lien familial pour faire accepter des modifications d'environnement qui peuvent être rejetées ou incomprises par les patients.

Les aides ménagères, dans une proportion moindre, sont également mises à contribution. En dehors de leur fonction première d'aide au nettoyage de l'habitat, elles représentent une présence et une surveillance supplémentaire pour les SA et permettent d'évaluer également l'apparition du risque de chute. Parmi les médecins qui les sollicitaient, certains leur demandaient de motiver les personnes âgées à sortir de leur domicile afin de lutter contre la sédentarité et d'entretenir l'appareil locomoteur.

Des praticiens avaient recours aux ergothérapeutes qui leur permettaient de dresser des bilans complets (ostéo-articulaires, neurologiques, musculaires, trophiques, fonctionnels, d'autonomie du SA). Leur intervention peut aider à la prescription d'appareillages, de matériels et aux modifications optimales de l'environnement. Cependant, ces soins n'étant pas pris en charge par la sécurité sociale dans la plupart des cas, il est parfois difficile pour certaines familles de rémunérer leurs prestations (31) malgré l'avantage majeur qu'apporte cette spécialité.

D'autres structures pouvaient être sollicitées par les médecins généralistes dans une proportion moindre, mais nous tenions quand même à les relever : les structures de soins (type EHPAD) employées en cas de risque trop élevé pour certains praticiens, avec des avantages développés dans une question dédiée ; les associations, avec pour (M13) l'Anah qui peut offrir des aides au financement pour des travaux d'aménagement de l'habitation, et pour (M3) la Croix Rouge qui prodigue divers services d'aides à la personne ; l'utilisation d'une aide confraternelle avec les Equipes Mobiles de Gériatrie ; le podologue ; le portage des repas pour lutter contre la dénutrition.

L'utilisation des structures d'aide au maintien à domicile (comme les SSIAD par exemple) était intégré parmi les aides humaines dans la stratégie préventive de certains médecins que l'on retrouve pour les deux tiers d'entre eux (60,5%). L'avantage mis en avant par ces derniers dans la prévention réalisée par ces structures tenait à une meilleure évaluation du risque par un personnel attentif et formé. De plus, n'étant pas contraint par la tarification à l'acte, le personnel des associations d'aide au maintien à domicile peut donc passer quotidiennement plus de temps auprès des patients. Ainsi, le personnel paramédical a une meilleure évaluation du risque lié à l'environnement et peut prodiguer de meilleurs conseils d'aménagement de ces derniers en donnant de meilleurs retours au médecin.

Pour ceux qui, à l'inverse, ne voyaient aucun avantage à ces associations dans leur stratégie, ils le justifiaient par un manque de communication avec celles-ci. Un des praticiens expliquait même qu'en multipliant les intervenants, on s'exposait à un risque de perte d'informations qu'il ne fallait pas négliger (M11).

IV.1.3.2.2. Aides matérielles

On remarque que moins de la moitié des praticiens mettaient en place des aides matérielles en pratique.

Les aides à la marche étaient les plus prescrites avec comme dispositifs le traditionnel déambulateur, la canne ou encore le « Rollator », produit dérivé du déambulateur avec des roues et des freins.

On retrouvait ensuite la prescription de chaussures adaptées qui permet de réduire le risque de chute de manière très simple (32) et la prescription de lits médicalisés, avec possibilité de réglage de la hauteur et de meilleurs levés et transferts des patients.

IV.1.3.2.3. Education et conseils

Quelques praticiens incorporaient parfois dans leur stratégie des conseils et des recommandations : se lever doucement, allumer la lumière la nuit lors des déplacements, ne pas se déplacer trop vite et ne pas se précipiter pour ouvrir la porte ou répondre au téléphone. Cette éducation du malade peut paraître anodine mais prend tout son sens lorsqu'on sait que de très nombreuses chutes sont imputées à la précipitation des SA voulant accomplir une tâche (ouvrir la porte, répondre au téléphone, etc.).

IV.1.3.3. Avantages liés à l'institutionnalisation dans la prévention de la chute

Devant un nombre croissant de sujets âgés placés en structures de soins de types EHPAD (11), nous avons souhaité connaître le point de vue des médecins généralistes sur les avantages offerts par ces établissements et leur utilité au sein de leur stratégie préventive.

On ne retrouve que 79% des praticiens qui avaient recours à l'institutionnalisation pour certains de leurs patients. La prévention de la chute leur semblait meilleure qu'au domicile et offrait donc un gain de chance pour certains patients lorsque ce qui a été mis en place au domicile ne suffisait plus. Les points forts mis en avant sont multiples et surpassent clairement ce qu'un praticien peut mettre en place au domicile : un environnement étudié et adapté avec un appareillage de pointe, une surveillance

constante, pluridisciplinaire, par un personnel formé, la présence de « commissions chutes » avec analyse et action préventive immédiate pour les patients chuteurs ou à risque et, en mesure extrême, la possibilité du recours à la « contention physique ».

L'institutionnalisation semble donc être la solution de secours en cas d'échec ou d'insuffisance de la prévention établie au domicile.

21% des médecins évitaient cependant l'institutionnalisation jugeant qu'elle n'apportait rien de plus en termes de prévention de la chute pour leurs malades.

De plus, selon eux, le simple fait d'institutionnaliser un SA pour prévenir sa chute ne justifiait pas à lui seul un placement. Cette démarche, n'étant pas anodine, devait être motivée par d'autres raisons.

De plus la survenue de la chute en institution était malheureusement encore que trop fréquente.

IV.4. Complexité et limites des stratégies

Après avoir évalué la chute, détaillé les stratégies, nous nous sommes intéressés aux contraintes, limites et difficultés que rencontrent les praticiens pour faire appliquer leurs directives en pratique.

IV.1.4.1 Liées au médecin

Ce qui revenait le plus souvent pour 48,5% des médecins était la difficulté d'agir sur tous les facteurs de risque pour chacun de leurs malades. Avec plus de 400 facteurs de risques individuels identifiés (4), on peut comprendre qu'il est difficile en termes de temps et de moyens, pour un seul opérateur, de dépister et d'organiser une stratégie préventive efficace à 100% pour l'ensemble de ses patients âgés.

Face à l'augmentation constante de la population gériatrique en France (13), la plupart des médecins ont expliqué qu'ils manquaient cruellement de temps en pratique et qu'ils ne pouvaient, de fait, pas assumer à eux seuls toute la prévention.

D'ailleurs, lorsqu'on les a interrogés sur le suivi des recommandations scientifiques pour leur pratique, un seul des interrogés y a fait référence. On suppose que les autres,

face à la complexité et la longueur de ces recommandations (M13), n'avaient pas le temps de s'y référer en pratique.

Bien que certains justifiaient l'augmentation du nombre de chutes des SA par l'augmentation de la population gériatrique dans le monde, une étude a montré que le simple « papy-boom » ne suffisait pas, à lui seul, à expliquer toutes les chutes (33).

Au même titre que les médecins, la pratique contemporaine de la médecine doit faire face à ce que certains ont baptisé le « maintien à domicile à tout prix » dans un domaine où le nombre de médecin réalisant des visites au domicile semble diminuer et où les familles sont de plus en plus absentes.

IV.1.4.2 Liées au malade

Ce qui marque le plus dans les causes liées aux patients, c'est le refus catégorique du changement que va proposer le médecin. Raisons financières mises à part, on retrouve principalement chez les patients le refus de modifier leur environnement et leur dépendance à certains traitements.

Concernant l'environnement, (M5) expliquait qu'il est difficile de changer les habitudes des SA. En modifiant l'agencement des meubles dans la pièce, en supprimant un meuble ou en remplaçant un lit traditionnel par un lit médicalisé, on n'a pas toujours conscience de l'intérêt et de l'attachement que les SA portent à ces objets. Et c'est pour cela que pour faire accepter certaines modifications au domicile, de nombreux médecins ont recours aux proches qui en ayant une approche plus compréhensive et plus légitime dans cette situation, chercheront à obtenir le meilleur compromis possible.

De plus, une étude a montré que les SA sous estiment le risque de chute au domicile car c'est un lieu où ils se sentent le plus en sécurité (34), on peut donc également comprendre leur point de vue et leurs réticences à tout changement de leur habitat.

Pour ce qui est de la modification de certains traitements, c'est souvent bien plus compliqué pour les médecins car la famille est impuissante face aux habitudes et aux véritables addictions (M24) que les SA vont avoir vis-à-vis de certaines molécules pourtant très pourvoyeuses de chutes (Comme les BZD NLP etc. (35)).

Autre difficulté pour la prévention, le refus que les SA ont à admettre leur perte d'autonomie. Certains patients ne se sentent pas concernés par la prévention, ils comprennent et entendent les conseils qu'on leur prodigue mais pensent qu'ils concernent d'autres personnes qu'eux-mêmes (36). D'autre part, certains n'écoutent pas les conseils qui leur sont donnés, se sentant stigmatisés voire infantilisés par la prévention de la chute (37), et traduisent leur protestation par le fait de poursuivre leurs conduites à risques, ce qui rend vaine toute action préventive (M6 M16 M17 M21 M23 M25 M31).

Un des praticiens soulignait que la difficulté de la prévention de la chute pouvait trouver son origine dans le vécu temporel des protagonistes.

Pour lui, cette confrontation des temporalités entre, d'une part des soignants toujours pressés et d'autres part des personnes âgées centrées sur leurs besoins primaires (se nourrir, se laver, se déplacer) exécutés sur un rythme lent pourrait partiellement expliquer certains freins (M1).

Pour finir, les praticiens nous font remarquer que le risque accidentel, que ce soit dans une population âgée saine ou porteuse de maladies dégénératives irréversibles, n'était jamais éradiqué à 100%, et ce, quelle que soit la qualité de la prévention (M6 M7 M10 M13 M15 M30 M32).

IV.2. Cohérence interne

Le type d'étude (étude qualitative par saturation de données) était bien adapté à l'objectif principal.

Les questions ouvertes qui avaient pour avantage de ne pas limiter les réponses des médecins interrogés et qui leur permettait d'approfondir les points les plus importants.

Le biais de sélection a été limité grâce au choix du 8^e arrondissement. On y trouvait dans ce dernier le plus grand nombre de sujets de plus de 65 ans selon les chiffres de l'INSEE (Annexe 4) en comparaison avec d'autres arrondissements Marseillais. De plus, il présentait une répartition des habitations (maisons et appartements) équivalente à celle de la ville de Marseille dans sa globalité (Annexe 5).

Avec plus de 33 entretiens réalisés sur cette étude par saturation de données, on pouvait supposer que les résultats étaient représentatifs d'au moins 90% de la population étudiée.

Parmi les limites, on pouvait noter que la stratégie de prévention initiée par les médecins généralistes marseillais était imprécise. Cette prévention était-elle :

- Réalisée de manière systématique ?
- Guidée par la survenue d'une chute ?
- Débutée devant l'inquiétude des proches ?

Nous n'avons pas non plus demandé à quelle fréquence les praticiens réalisaient leur stratégie préventive, si elle faisait l'objet d'une perpétuelle réévaluation annuelle, mensuelle ou si elle était réévaluée seulement à chaque chute. Nous voulions voir si les praticiens exprimaient d'eux-mêmes une stratégie unique ou s'ils en exprimaient plusieurs, selon quelles conditions et à quelle fréquence ils l'appliquaient, sans être guidé par l'entretien. Ainsi nous évitions de sur estimer des stratégies qu'ils ne réalisaient pas en pratique mais qu'ils auraient pu exprimer dans un souci de « bien faire ».

La question sur le recours aux structures de soins ne renseignait pas à quel moment les praticiens décidaient, dans leur stratégie, d'institutionnaliser les SA et ne détaillait pas non plus sur quels critères ils prenaient cette décision.

Concernant la partie relative aux stratégies, parfois les praticiens parlaient de bilan complet sans vraiment définir sa nature. Nous n'avons pas suffisamment insisté sur le « bilan détaillé » qu'ils réalisaient car durant les premiers entretiens, lorsque l'enquêteur avait demandé de quoi était composé le « bilan détaillé », les praticiens répondaient « tous les organes pouvant être pourvoyeurs de chute ». Ainsi nous avons probablement sous-évalué les organes ciblés. Ceci rend difficile la réalisation d'un bilan standardisé et simplifié à partir de ce travail.

Autre limite de l'étude : le biais d'interprétation. Le travail était probablement moins objectif car l'enquêteur et l'analyste étaient la seule et même personne.

IV.3. Cohérence externe

Dans la littérature, on ne retrouvait pas d'études évaluant les différentes stratégies de prévention de la chute mises en place par les médecins généralistes au domicile.

Cependant certaines études comparaient l'efficacité de nombreuses stratégies entre elles qui étaient comparables aux stratégies énoncées par les généralistes Marseillais dans notre enquête.

Une étude de 2002 quant à elle ne se souciait que d'une intervention mono factorielle environnementale (38) et ne trouvait pas de différence significative en termes de diminution du taux de chute.

Dans deux autres études de 2002 et 2003, on retrouvait une évaluation multifactorielle qui était complétée d'une intervention sur ces mêmes facteurs, avec des modifications traitements un aménagement domicile et une aide à la marche (39) (40) (pas de réduction significative du nombre de chutes).

En 2005, une étude quasi similaire complétait cette dernière en y rajoutant des exercices physiques (41) (avec cette fois ci une réduction significative du nombre de chutes).

V. Conclusion

Les stratégies de prévention de la chute au sein de notre population sont différentes et plus ou moins exhaustives.

Ces divergences sont secondaires à la pratique de chaque médecin et à l'expérience qu'il développe au fil du temps. Elles naissent d'une évaluation personnelle de la population âgée et des nombreux paramètres qu'englobe le phénomène de la chute.

Malgré tout, qu'elles soient ou ne soient pas conditionnées par l'état du malade ou le caractère de sa chute, les stratégies des généralistes suivent un schéma assez similaire.

Face à tout cela, les stratégies se heurtent parfois à la volonté inflexible des principaux intéressés.

Dans un souci d'efficacité et de gain de temps, les médecins sont en majeure partie demandeurs d'un bilan standardisé, synthétique et préventif de la chute qui pourrait guider leur pratique préventive. Ce bilan pourrait donc faire l'objet d'une étude dédiée qui pourrait être profitable à tous et particulièrement aux personnes âgées.

VI. Bibliographie

1. Falls_prevention7March.pdf [Internet]. [cité 26 août 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf?ua=1
2. Pedrono G, Bouilly M, Thelot B, DMCT. Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC). Résultats 2010 en France métropolitaine [Internet]. 2016. 100 p. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12831
3. Gonthier R. [Epidemiology, morbidity, mortality, cost to society and the individual, and main causes for falls]. Bull Acad Natl Med. juin 2014;198(6):1025- 39.
4. Oakley A, Dawson MF, Holland J, Arnold S, Cryer C, Doyle Y, et al. Preventing falls and subsequent injury in older people. Qual Health Care. déc 1996;5(4):243- 9.
5. Tinetti ME. Clinical practice. Preventing falls in elderly persons. N Engl J Med. 2 janv 2003;348(1):42- 9.
6. Prevention_chutes_recos.pdf [Internet]. [cité 26 août 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf
7. prevention_des_chutes_-_points_cles.pdf [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/prevention_des_chutes_-_points_cles.pdf
8. chutes_repetees_personnes_agees_-_recommandations.pdf [Internet]. [cité 26 août 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_recommandations.pdf
9. Pin S, Bourdessol H, Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile: référentiel de bonnes pratiques. Saint-Denis: Ed. INPES; 2005.
10. Pare à chute, maîtriser le risque | Agence régionale de santé Ile-de-France [Internet]. [cité 26 août 2017]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/pare-chute-maitriser-le-risque>
11. 693 000 résidents en établissements d’hébergement pour personnes âgées en 2011 - Études et résultats - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 26 août 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/693-000-residents-en-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-en-2011>
12. Heinrich S, Rapp K, Rissmann U, Becker C, König H-H. Cost of falls in old age: a systematic review. Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA. juin 2010;21(6):891- 902.

13. Projections de population 2005-2050 - Vieillesse de la population en France métropolitaine–Economie et Statistique n°408-409 | Insee [Internet]. [cité 26 août 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1377211?sommaire=1377217>
14. OMS | Vieillesse et santé [Internet]. WHO. [cité 6 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/>
15. Stalenhoef PA, Diederiks JP, de Witte LP, Schiricke KH, Crebolder HF. Impact of gait problems and falls on functioning in independent living persons of 55 years and over: a community survey. *Patient Educ Couns.* janv 1999;36(1):23- 31.
16. 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.
17. Piot-Ziegler C, Cuttelod T, Delefosse MS. Définir « la peur de tomber » chez les personnes âgées à domicile. Étude qualitative, Résumé, To define the « fear of falling » in elderly people living at their private house. A qualitative study. *Bull Psychol.* 1 janv 2012;Numéro 492(6):515- 25.
18. Dargent-Molina P, Bréart G. [Epidemiology of falls and fall-related injuries in the aged]. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 1995;43(1):72- 83.
19. Cummings SR, Nevitt MC, Kidd S. Forgetting falls. The limited accuracy of recall of falls in the elderly. *J Am Geriatr Soc.* juill 1988;36(7):613- 6.
20. poly-geriatrie.pdf [Internet]. [cité 26 août 2017]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/poly-geriatrie.pdf>
21. Campbell AJ, Robertson MC. Implementation of multifactorial interventions for fall and fracture prevention. *Age Ageing.* sept 2006;35 Suppl 2:ii60-ii64.
22. Campbell AJ, Robertson MC. Rethinking individual and community fall prevention strategies: a meta-regression comparing single and multifactorial interventions. *Age Ageing.* nov 2007;36(6):656- 62.
23. Hartikainen S, Lönnroos E, Louhivuori K. Medication as a risk factor for falls: critical systematic review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* oct 2007;62(10):1172- 81.
24. Minary A, Lambert-Kuhn E, Gourieux B, Bonnomet F, Vogel T, Lang P-O. Médicaments majorant le risque de chute : étude prospective au CHRU de Strasbourg. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* 1 août 2016;16(94):217- 25.
25. Northridge ME, Nevitt MC, Kelsey JL, Link B. Home hazards and falls in the elderly: the role of health and functional status. *Am J Public Health.* avr 1995;85(4):509- 15.
26. Whipple RH, Wolfson LI, Amerman PM. The relationship of knee and ankle weakness to falls in nursing home residents: an isokinetic study. *J Am Geriatr Soc.* janv 1987;35(1):13- 20.

27. Cornillon E, Blanchon MA, Ramboatsisetraina P, Braize C, Beauchet O, Dubost V, et al. Impact d'un programme de prévention multidisciplinaire de la chute chez le sujet âgé autonome vivant à domicile, avec analyse avant-après des performances physiques. *Ann Réadapt Médecine Phys.* 1 déc 2002;45(9):493- 504.
28. 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.
29. Siegrist M, Freiburger E, Geilhof B, Salb J, Hentschke C, Landendoerfer P, et al. Fall Prevention in a Primary Care Setting. *Dtsch Ärztebl Int.* mai 2016;113(21):365- 72.
30. Lamontagne I, Lévesque B, Gingras S, Maurice P, Verreault R. [Environmental hazards for falls in elders in low income housing]. *Rev Epidemiol Sante Publique.* févr 2004;52(1):19- 27.
31. ergo13.fr - financement [Internet]. [cité 26 août 2017]. Disponible sur: <http://www.ergo13.fr/page17.php>
32. Koepsell TD, Wolf ME, Buchner DM, Kukull WA, LaCroix AZ, Tencer AF, et al. Footwear style and risk of falls in older adults. *J Am Geriatr Soc.* sept 2004;52(9):1495- 501.
33. Kannus P, Parkkari J, Koskinen S, Niemi S, Palvanen M, Järvinen M, et al. Fall-induced injuries and deaths among older adults. *JAMA.* 26 mai 1999;281(20):1895- 9.
34. Cayado V, Chahbi R. La perception du risque d'accident et de chute par des personnes âgées vivant à domicile : un arbitrage complexe ? [Httpwwwem-Premiumcomlamauniv-Amufrdatarevues16274830v15i88S1627483015000331](http://www.em-premium.com/Amufrdatarevues16274830v15i88S1627483015000331) [Internet]. 6 août 2015 [cité 26 août 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com/article/993515/resultatrecherche/2>
35. Salve A, Leclercq S, Ponavoy E, Trojak B, Chauvet-Gelinier J-C, Vandiel P, et al. Conduites addictives du sujet âgé. [Httpwwwem-Premiumcomlamauniv-Amufrdatatraitsps37-57929](http://www.em-premium.com/Amufrdatatraitsps37-57929) [Internet]. 19 juill 2011 [cité 26 août 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com/article/299634/resultatrecherche/1>
36. Faes MC, Reelick MF, Joosten-Weyn Banningh LW, Gier M de, Esselink RA, Olde Rikkert MG. Qualitative study on the impact of falling in frail older persons and family caregivers: foundations for an intervention to prevent falls. *Aging Ment Health.* sept 2010;14(7):834- 42.
37. Bunn F, Dickinson A, Barnett-Page E, Mcinnes E, Horton K. A systematic review of older people's perceptions of facilitators and barriers to participation in falls-prevention interventions. *Ageing Amp Soc.* mai 2008;28(4):449- 72.
38. Pardessus V, Puisieux F, Di Pompeo C, Gaudefroy C, Thevenon A, Dewailly P. Benefits of home visits for falls and autonomy in the elderly: a randomized trial study. *Am J Phys Med Rehabil.* avr 2002;81(4):247- 52.

39. Shaw FE, Bond J, Richardson DA, Dawson P, Steen IN, McKeith IG, et al. Multifactorial intervention after a fall in older people with cognitive impairment and dementia presenting to the accident and emergency department: randomised controlled trial. *BMJ*. 11 janv 2003;326(7380):73.
40. Lightbody E, Watkins C, Leathley M, Sharma A, Lye M. Evaluation of a nurse-led falls prevention programme versus usual care: a randomized controlled trial. *Age Ageing*. mai 2002;31(3):203- 10.
41. Davison J, Bond J, Dawson P, Steen IN, Kenny RA. Patients with recurrent falls attending Accident & Emergency benefit from multifactorial intervention--a randomised controlled trial. *Age Ageing*. mars 2005;34(2):162- 8.
42. Évolution et structure de la population en 2014–France métropolitaine–Évolution et structure de la population en 2014 | Insee [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <https://insee.fr/fr/statistiques/2874200?sommaire=2874226&geo=METRO-1>
43. Évolution et structure de la population en 2014–Commune de Marseille (13055)–Évolution et structure de la population en 2014 | Insee [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <https://insee.fr/fr/statistiques/2874200?sommaire=2874226&geo=COM-13055>
44. POP6 V2 - Population de 15 ans ou plus par sexe, âge et catégorie socioprofessionnelle en 2014–Commune de Marseille 8e Arrondissement (13208)–Évolution et structure de la population en 2014 | Insee [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <https://insee.fr/fr/statistiques/2874216?sommaire=2874226&geo=COM-13208>
45. PRINC27 - Résidences principales par type de logement, statut d’occupation et présence d’un ascenseur en 2014–France métropolitaine–Logement en 2014 | Insee [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <https://insee.fr/fr/statistiques/2874181?geo=METRO-1&sommaire=2874183>
46. PRINC27 - Résidences principales par type de logement, statut d’occupation et présence d’un ascenseur en 2014–Commune de Marseille (13055)–Logement en 2014 | Insee [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <https://insee.fr/fr/statistiques/2874181?geo=COM-13055&sommaire=2874183>
47. PRINC27 - Résidences principales par type de logement, statut d’occupation et présence d’un ascenseur en 2014–Commune de Marseille 8e Arrondissement (13208)–Logement en 2014 | Insee [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <https://insee.fr/fr/statistiques/2874181?geo=COM-13208&sommaire=2874183>

VII. Abréviations

SA : Sujet Agé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

SSIAD : Services de Soins Infirmiers À Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

VAD : Visites À Domicile

SFDRMG : Société française de documentation et de recherche en médecine générale

CDR : Centre de rééducation

CPF : centre de planning familial

CAH : Centre pour Adultes Handicapés

CEH : Centre pour Enfants Handicapés

Anah : Agence nationale de l'habitat

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

MKDE : Masseur Kinésithérapeute Diplômé d'Etat

VIII. Annexes

Annexe 1 : Facteurs de risques Intrinsèques et Extrinsèques :

(Selon la HAS et la SFRDMG 2005 (6))

Facteurs intrinsèques	Facteurs extrinsèques
<ul style="list-style-type: none">- Âge : plus de 80 ans- Santé et état fonctionnel : activités de la vie quotidienne et mobilité réduites, antécédents de chutes- Pathologies spécifiques : maladie de Parkinson, démences, dépression, incontinence, notamment urinaire par impériosité- Troubles locomoteurs et neuro-musculaires : force diminuée au niveau des genoux, hanches, chevilles, préhension manuelle réduite, troubles de la marche (anomalies et vitesse), équilibre postural et/ou dynamique altéré- Réduction de l'acuité visuelle- Prise de médicaments : polymédication (au-delà de 4), psychotropes	<ul style="list-style-type: none">- Comportementaux : consommation d'alcool, sédentarité, malnutrition- Environnementaux : nécessité d'un instrument d'aide (ex. : canne), prise de risque, habitat mal adapté

Annexe 2 : Facteurs précipitants et facteurs prédisposants

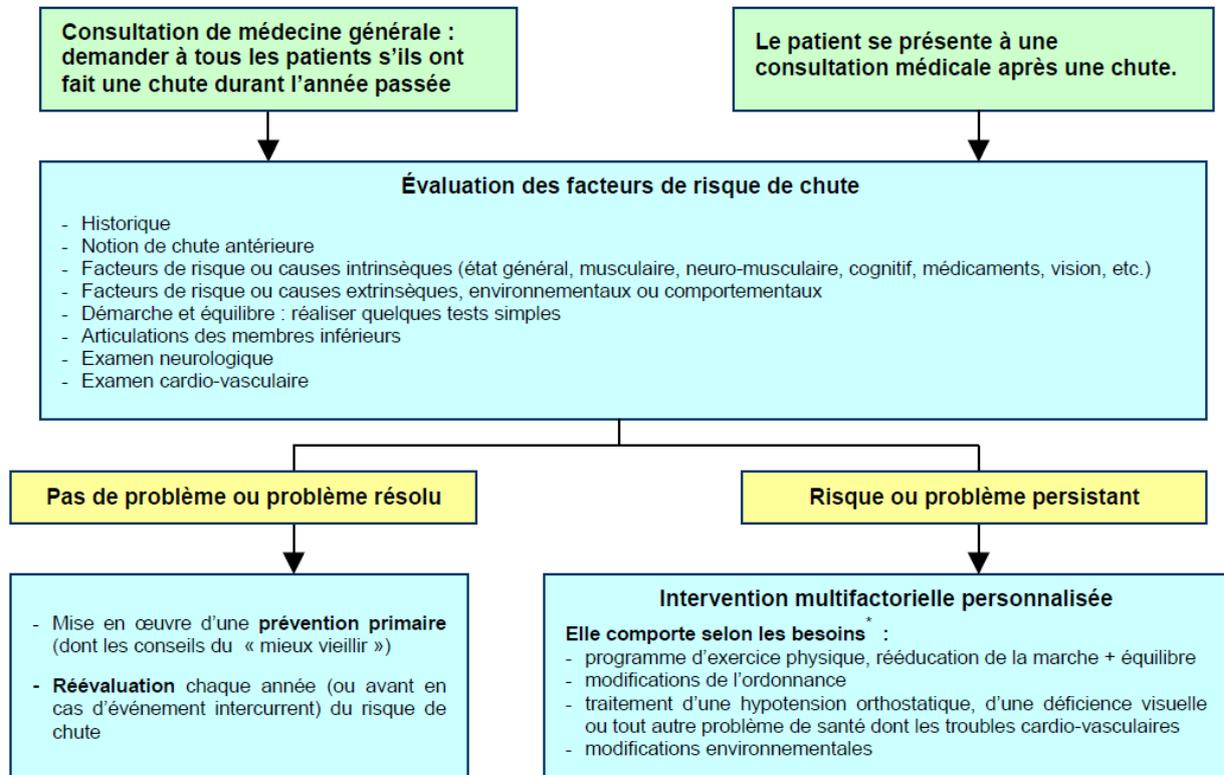
(Selon la Synthèse des recommandations professionnelles de la HAS 2009) (8)

Facteurs prédisposants	<ul style="list-style-type: none">▶ Âge 80 ans▶ Sexe féminin▶ Antécédents de fractures traumatiques▶ Polymédication (prise de plusieurs classes thérapeutiques par jour)▶ Prise de psychotropes, diurétiques, digoxine ou antiarythmique de classe 1▶ Trouble de la marche et/ou de l'équilibre (<i>timed up & go test</i> \geq 20 secondes et/ou station unipodale \leq 5 secondes)▶ Diminution de la force et/ou de la puissance musculaire des membres inférieurs (capacité à se relever d'une chaise sans l'aide des mains ; index de masse corporelle $<$ 21 kg/m²)▶ Arthrose des membres inférieurs et/ou du rachis▶ Anomalie des pieds▶ Troubles de la sensibilité des membres inférieurs▶ Baisse de l'acuité visuelle (score d'acuité visuelle anormal aux échelles de Monnoyer et/ou de Parinaud)▶ Syndrome dépressif▶ Déclin cognitif (suspecté par un score MMSE et/ou test des cinq mots et/ou test de l'horloge et/ou test Codex anormal)
-------------------------------	---

Facteurs précipitants	<p>Cardio-vasculaires : rechercher les notions de malaise et/ou de perte de connaissance et rechercher une hypotension orthostatique</p> <p>Neurologiques : rechercher l'existence d'un déficit neurologique sensitivomoteur de topographie vasculaire constitué ou transitoire, et d'une confusion mentale</p> <p>Vestibulaires : rechercher la notion de vertige à l'interrogatoire et une latéro-déviation au test de Romberg</p> <p>Métaboliques : rechercher une hyponatrémie, une hypoglycémie et la prise de médicaments hypoglycémifiants, une consommation excessive d'alcool</p> <p>Environnementaux : examiner l'éclairage, l'encombrement et la configuration du lieu de vie, ainsi que le chaussage</p>
------------------------------	---

Annexe 3 : Arbre décisionnel de prévention :

(Selon HAS et SFRDMG 2005) (6)



* Le rythme et les modalités du suivi de cette intervention sont à définir au cas par cas.

Annexe 4 Tableau de population :

Chiffres INSEE **POP6 V2** - Évolution et structure de la population en 2014 pour la France métropolitaine (42) , la ville de Marseille (43) et le 8^e arrondissement de Marseille (44).

Marseille Totale versus + de 65 ans en 2014

MARSEILLE	Total Nombre	Total %
Population > 64 ans	157817	18,39
Population Totale	858 120	100

Marseille % de + de 65 ans par arrondissement en 2014

Arrondissements	Total des > 64 ans (chiffre)	Total des > 64 ans (%)
1 ^{er}	5627	3,56
2 ^e	4034	2,56
3 ^e	6083	3,85
4 ^e	9865	6,25
5 ^e	7820	4,96
6 ^e	7729	4,90
7 ^e	8814	5,58
8 ^e	19857	12,58
9 ^e	16279	10,32
10 ^e	9737	6,17
11 ^e	9658	6,12
12 ^e	14185	8,99
13 ^e	15049	9,54
14 ^e	8790	5,57
15 ^e	11243	7,12
16 ^e	3047	1,93
Total	157817	100

Annexe 5 Tableau types de résidences :

INSEE PRINC27 - Résidences principales par type de logement, statut d'occupation et présence d'un ascenseur en 2014 pour la France métropolitaine (45) , la ville de Marseille (46) et le 8^e arrondissement de Marseille (47) :

France Métropolitaine 2014 :

Type d'habitation en France métropolitaine en 2014	Total Nombre	Total %
Appartement	11 970 338	42,68 %
Maison	15 836 646	56,47 %
Autre	237 645	0,85 %
Total	28 044 628	100%

Marseille 2014 :

Type d'habitation pour la ville de Marseille en 2014	Total Nombre	Total %
Appartement	319 924	82,44 %
Maison	64917	16,73 %
Autre	3231	0,83 %
Total	388 072	100 %

Marseille 8^e Arrondissement 2014 :

Type d'habitation pour le 8 ^e Arrondissement de Marseille en 2014	Total Nombre	Total %
Appartement	34 137	86,24 %
Maison	4 849	12,25 %
Autre	602	1,6 %
Total	39 588	100 %

Annexe 6 : Caractéristiques des praticiens et temps des entretiens :

Médecin	Sexe	Age (en années)	Année d'installation	Activité secondaire	DU	Durée de l'entretien (min)
M 1	H	54	1994	Non	1	14
M 2	H	64	1982	Non	0	7
M 3	F	34	2013	Non	0	15
M 4	H	57	1987	Non	0	14
M 5	H	52	2001	CDR	0	15
M 6	F	43	2011	Non	1	12
M 7	F	50	2001	CAH	1	22
M 8	H	31	2012	Hôpital	1	16
M 9	H	72	1977	Non	0	9
M 10	F	28	2016	Non	0	20
M 11	F	31	2016	CPF	1	10
M 12	H	54	1990	SOS Médecin	0	14
M 13	H	32	1981	Non	1	16
M 14	H	31	2016	Permanence méd	1	15
M 15	F	53	1996	Non	0	12
M 16	H	64	1983	SOS Médecin	2	16
M 17	H	62	1984	Non	0	10
M 18	H	74	1971	Non	1	9
M 19	F	46	2002	Non	0	8
M 20	H	64	1980	Non	0	5
M 21	H	58	1991	Non	2	11
M 22	F	58	1988	Non	1	8
M 23	F	53	2012	Non	1	12
M 24	H	63	1981	Non	0	13
M 25	H	64	1982	Non	0	11
M 26	H	36	2007	Non	1	17
M 27	H	44	2004	Non	0	17
M 28	F	36	2010	Non	0	9
M 29	H	67	1977	Non	1	8
M 30	H	57	1989	Non	1	10
M 31	H	34	2011	CAH	2	10
M 32	H	54	1995	Cs Spécialisée VIH	1	10
M 33	F	31	2014	CEH	1	11

Annexe 7 : liste des DU des praticiens

Médecin	DU/DIU n°1	DU/DIU n°2
M 1	Réparation juridique du dommage corporel	0
M 6	Tabacologie et aide au sevrage tabacologique	0
M 7	Gynécologie obstétrique pour le médecin généraliste	0
M 8	Mésothérapie	0
M 11	Psychologie médicale et psychiatrie de liaison	0
M 13	Acupuncture médicale	0
M 14	Apprentissage de la médecine d'urgence	0
M 16	Pédiatrie	Réparation juridique du dommage corporel
M 18	Réparation juridique du dommage corporel	0
M 21	Ostéopathie	Médecine du sport
M 22	Médecine thermale	0
M 23	Médecine de la Plongée et des Activités Subaquatiques	0
M 26	Réparation juridique du dommage corporel	0
M 29	Capacité de Pneumologie	0
M 30	Médecine de la Plongée et des Activités Subaquatiques	0
M 31	Réparation juridique du dommage corporel	Nutrition
M 32	Virologie	0
M 33	Gynécologie obstétrique pour le médecin généraliste	0

Annexe 8 : Réévaluation de l'environnement et proposition de travaux par le praticien

Réévaluation et proposition	n	%
Environnement	31/33	94%
Proposent des Travaux	9/33	27%

Annexe 9 : Réévaluation de l'ordonnance par le praticien

Réévaluation de l'ordonnance par le praticien	n	%
iatrogénie	26/33	79%

Annexe 10 : Chiffres officiels du Bataillons des Marins Pompiers de Marseille
concernant les victimes de chutes de la ville de Marseille et du 8ieme arrondissement
sur les années 2015 et 2016

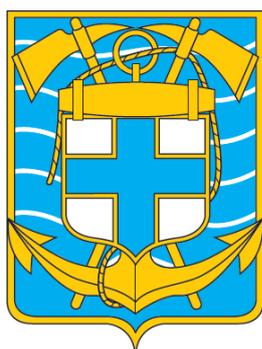
Victimes Domicile

Marseille intra-muros

	2015	2016
Nb victimes de + de 65 ans prises en charge pour chute	3661	3479
dont hospitalisées	2781	2870
dont laissées vivantes à domicile	880	606

Marseille 8ème arrondissement

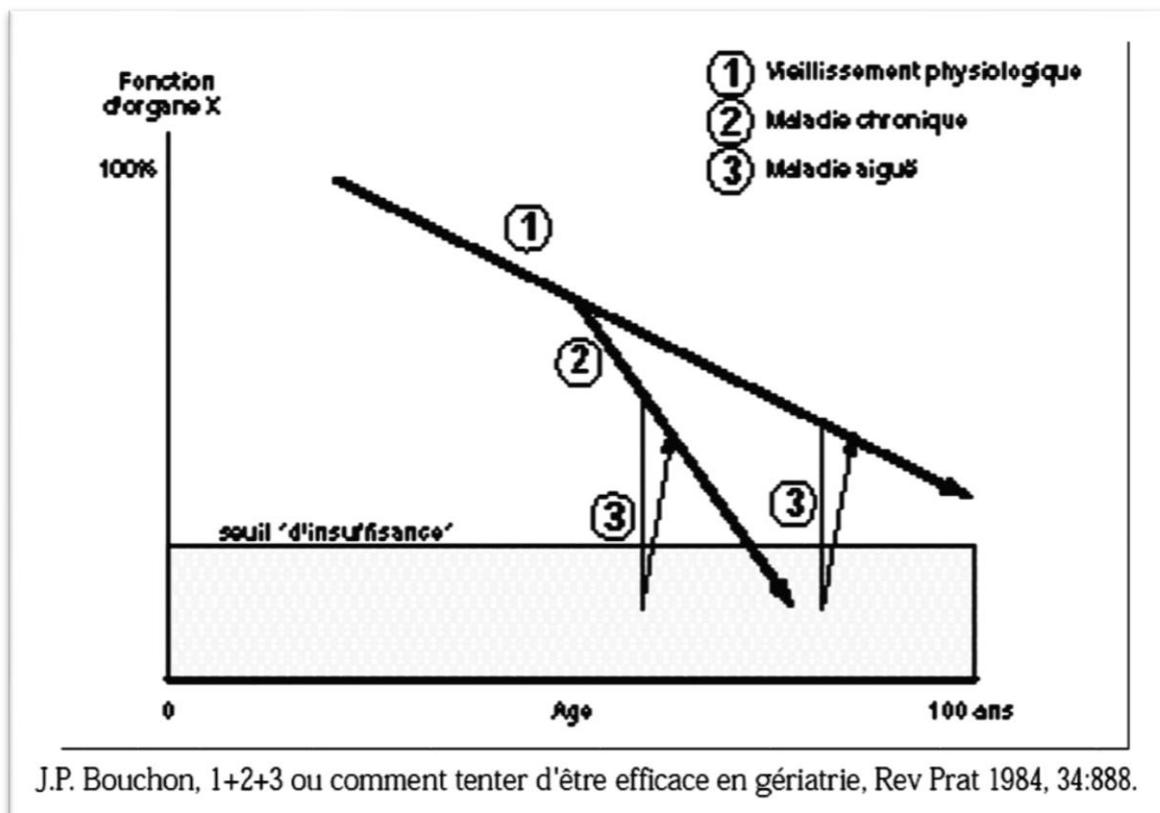
	2015	2016
Nb victimes de + de 65 ans prises en charge pour chute	462	468
dont hospitalisées	370	397
dont laissées vivantes à domicile	92	71



MARINS-POMPIERS
DE
MARSEILLE

Annexe 11 : Schéma 1+2+3 Bouchon

(Bouchon J. 1+2+3 ou comment tenter d'être efficace en gériatrie. Rev Prat 1984 ; 34 : 888-92)



Annexe 12 : Grille d'Entretien

- 1. Précisez votre année d'installation, votre âge, vos DU/DIU et votre activité.**
- 2. Quel est votre ressenti général concernant la chute du sujet âgé ?**
- 3. À quelle fréquence êtes-vous appelé pour le motif de chute (précisez « au minimum ») ?**
- 4. Pour vous, quels sont les 3 critères prédominants prédictifs de chute ?**
- 5. Quelle stratégie de prévention de la chute au domicile appliquez-vous ? Selon quelles recommandations médicales ou scientifiques ?**
- 6. Comment utilisez-vous les acteurs paramédicaux et les autres intervenants dans la prévention de la chute ?**
- 7. Lorsque c'est possible, utilisez-vous les structures d'aide au maintien à domicile (type SSIAD) dans votre stratégie de prévention de la chute ?**
- 8. Dans votre stratégie, placez-vous certains patients en EHPAD ? Si oui, en quoi la prévention de la chute vous semble-t-elle mieux organisée qu'au domicile ?**
- 9. Malgré tous les facteurs de risques de chutes identifiés depuis plusieurs années, les sujets âgés tombent toujours autant, comment l'expliquez-vous ?)**
- 10. S'il existait un bilan annuel simplifié prédictif de chute, pourrait-il guider votre pratique ?**

Entretiens

Entretien M1 :

Q1

Installé depuis 1994, médecin généraliste en cabinet domicile et EHPAD, 54 ans, DU de réparation juridique du dommage corporel.

Q2

C'est quelque chose de grave et fréquent, avec des « Cas particuliers » de patients sous Anti agrégants plaquettaires ou anticoagulants, faisant craindre d'importantes complications. La chute est paradoxale, elle peut résulter d'une altération de l'état général ou bien en entraîner une.

Q3

Au moins 2 par mois.

Q4

Etat Nutritionnel
Troubles Neurologique (AVC/Parkinson)
Isolement Socio Familial

Q5

Evaluation aménagement de l'environnement : aménagement de la salle de bain, du couloir.
Prise en charge nutritionnelle.
Evaluation neurologique, vision, audition (et traitement des vertiges (ORL)).
Pas de recommandation.

Q6

Kinésithérapeute pour le renforcement musculaire et la mobilisation des articulations.
Les IDE pour l'aide à la toilette.

Q7

Oui quand c'est possible. Les intervenants ont plus de temps, car moins de rentabilité à l'acte.

Q8

Oui. La prévention est bien meilleure en EHPAD, surtout sur l'environnement adapté et pensé pour les sujets âgés.

Q9

La théorie est différente de la pratique.
Dans la prise en charge du sujet âgé, il y a un problème de « vitesse » : la cinétique physique et psychique du sujet âgé est trop lente par rapport à celle de notre société actuelle et des soins, de ce fait la prise en charge n'est pas efficace car non optimale.
La solution se trouve dans les structures adaptées aux Senior style EHPAD, où la prise en charge est lente, adaptée, vient de différents intervenants, ainsi le sujet âgé rythme la vie en EHPAD. Il faudrait également pouvoir passer plus de temps avec les patients pour faire de la prévention.

Q10

Oui.

Entretien M2 :

Q1

Installé depuis 1982, cabinet de médecine générale (Cabinet + Domicile), j'ai deux patients que je suis en EHPAD, 64 ans pas de DU.

Q2

Je vais dire fréquent, couteux pour la Santé et surtout dangereux. Dangereux car souvent les chutes sont compliquées, les patients âgés sont sous anticoagulant, antiagrégant, et ostéoporotique.

Q3

Une fois par mois.

Q4

Ce qui est primordial c'est un chaussage adapté, qui n'est pas à risque, l'environnement et l'isolement familial.

Q5

Je me pose tout d'abord la question : est-ce une chute mécanique ou non ? Si elle n'est pas mécanique je fais un bilan cardiaque en l'adressant à son cardiologue à la recherche d'un trouble du rythme ou d'une étiologie de malaise. Si elle est mécanique j'insiste sur l'aménagement du domicile, et sur le chaussage.

Q6

Kiné pour muscler les patients.

Les infirmières la toilette et pour surveiller quand le patient est à risque de chuter selon elles. J'implique et je responsabilise famille dans la prévention.

Q7

Oui, car les SSIAD évaluent les risques et donnent des conseils d'aménagement du domicile.

Q8

Oui, car on y suit des recommandations souvent propres aux établissements, et ils sont également mieux équipés niveau matériel, et environnement avec des rampes pour se tenir et des espaces plus grands qu'au domicile. De plus la prévention de la chute est un peu obligatoire car des intérêts financiers sont en jeux.

Q9

La population vieillissante qui augmente, mais surtout le manque d'observance des conseils prodigués aux patients. Je m'explique, les patients ne veulent pas et ne comprennent pas pourquoi on veut modifier et aménager leur habitat, ils sont souvent trop attachés à leurs habitudes et ont peur du changement. Selon moi la seule façon de diminuer le nombre de chutes des sujets âgés en France réside dans l'aménagement du domicile.

Q10

Non, on le fait déjà dans notre pratique.

Entretien M3 :

Q1

Installation en 2013, je réalise des consultations de médecine générale au cabinet et au domicile. J'ai 34 ans et je n'ai pas de DU.

Q2

La chute entraîne toujours un sentiment de peur chez le praticien comme chez le malade. Tout le monde a des patients chuteurs et à haut risque de chute. Les chutes sont souvent des histoires dramatiques du fait de leurs complications : traumatismes crâniens sous anticoagulants par exemple ou les plaies.

Q3

Une fois tous les 10 jours.

Q4

Je dirais la iatrogénie, sarcopénie et l'environnement.

Q5

Je ne suis pas de recommandations.

Je grade le risque de chute selon l'état général du patient, s'il est faible, je m'oriente selon mon évaluation clinique, sinon je fais un bilan de ville systématique.

Je préviens la famille du risque, ensuite nous discutons avec eux et le patient lorsque le risque est très élevé (et que le risque de complication l'est aussi avec les anticoagulants par exemple) sur une éventuelle institutionnalisation.

J'allège le traitement lorsque c'est possible en réévaluant chaque molécule.

Je prescris un appareillage pour aide à la marche (cane / déambulateur) et met en place une équipe paramédicale.

Je suggère un aménagement de l'environnement optimal pour éviter la chute.

Q6

MKDE pour l'entretien musculaire, travail de l'équilibre et lutte contre l'enraidissement.

Equipe IDE pour un passage fréquent, une surveillance de l'aggravation du risque, des chutes, de la TA, une préparation du pilulier pour que les malades ne prennent pas 2 fois l'anti hypertenseur.

Parfois je fais appel à La Croix Rouge qui intervient à la maison sur ordonnance dans le cadre de l'aide à la personne, sur prescription, mais cette pratique est limitée à quelques passages par an, et ne couvre souvent pas l'année.

J'implique la famille dans la surveillance et la prévention.

Q7

Non, car de mon expérience on a très peu de dialogue avec eux et on ne sait jamais ce qu'ils font avec les patients.

Q8

Oui, car la surveillance est meilleure, quasi constante et ils sont très bons sur l'agencement de l'environnement.

Q9

On aura beau connaître et prévenir tous les facteurs de risque établis, la Poly médication entraînera toujours des chutes tant que les malades en France prendront des hypnotiques au long cours. L'utilisation de somnifères, benzodiazépines, anti hypertenseurs, sans une réévaluation constante de leur nécessité, des interactions médicamenteuses et des effets secondaires peut annuler toute la prévention de la chute dans les autres domaines. On se heurte aux refus des malades pour les modifications des hypnotiques, ce qui est très difficile. De plus on fait face au « Maintien à domicile à tout prix », qui va entraîner des chutes chez des patients en perte d'autonomie, trop lourd sur le plan médical pour vivre seuls.

Et pour finir, on trouve également un problème financier dans le cas de l'aménagement du domicile. Souvent les familles n'ont pas assez d'argent pour transformer une baignoire en douche ou tout simplement acheter une rampe et la fixer au mur.

Q10

Non, on le fait à chaque consultation, et ce qu'on n'a pas le temps de faire est réalisé par les spécialistes. Et je pense que la prévention ne doit pas être annuelle mais à chaque consultation.

Entretien M4 :

Q1

Depuis 1987, médecine générale en cabinet et au domicile, je ne fais plus d'EHPAD mais j'en ai fait 25 ans. J'ai 57 ans et aucun DU.

Q2

Elle n'est pas toujours prévisible et pas toujours « anticipable » et les moyens pour les éviter existent, j'essaie de les appliquer dans le quartier mais malgré tout cela parfois on ne peut rien faire et souvent la seule solution c'est qu'on ne peut plus les maintenir au domicile car ils entrent dans la spirale de la dépendance.

Q3

Deux par mois.

Q4

L'iatrogénie, Environnement, Sarcopénie.

Q5

Pas de recommandations.

Agir sur les facteurs de risques extrinsèque environnementaux (: éclairage, tapis etc.) et la iatrogénie où on peut enlever les benzodiazépines, les anti hypertenseurs, où on a la « la main » et où on peut améliorer la prévention, les déficits posturaux ou une fonte musculaire avec des quadriceps qui s'affinent et où on a du mal à être efficace car ils s'aggravent avec l'Age (troubles de la statique, c'est la Tour de Pise !). Les troubles de la vue (cataracte).

Toxiques : Alcool, il y a des sujets âgés qui sont alcooliques chroniques et qui accentuent leurs troubles de l'équilibre.

Répéter les conseils : allumer la lumière la nuit, se lever doucement, réaménager les lits (médicalisé si nécessaire) et les fauteuils, transformer la baignoire en douche lorsque c'est possible (quand ils l'acceptent ou s'ils sont locataires et ne peuvent pas faire de travaux) ou alors mettre en place une IDE pour l'aide à la toilette.

Les pathologies neurologiques qui sont découvertes après la chute malheureusement mais s'explorent.

Un chaussage adapté.

Q6

Kiné pour muscler les patients, mais peu de kiné ont envie de s'investir dans ce cadre de pathologies et parfois les patients s'opposent aux exercices.

Les infirmières pour surveiller quand le patient est à risque de chuter selon elles et surveiller également s'ils chutent. La toilette par l'IDE est importante car la salle de bain est le lieu de prédilection des chutes graves.

La famille aide parfois pour modifier l'environnement et enlever le tapis, ça dépend de la réceptivité et du budget des familles.

Q7

Oui. C'est un avantage, car il y a plus de temps passé auprès du malade.

Q8

Oui. Ils sont plus équipés pour ce qui est du matériel et font des commissions chutes pour les chuteurs chroniques.

Q9

Je ne connais pas tous les facteurs de risques je dois vous l'avouer, car il y en a trop. Mais malgré tout je pense que quand on dit à nos malades « vous tombez parce qu'il faut enlever ce tapis ou parce que vous avez une mauvaise posture, ou parce que vous n'allumez pas la nuit pour ne pas éclairer le conjoint » ils écoutent les conseils mais ne les appliquent pas, ou ne veulent pas modifier leur habitat. Souvent ils m'écoutent seulement après la 5ieme chute.

Q10

Oui, je le fais de façon anarchique non coordonnée, mais oui.

Entretien M5 :

Q1

Alors installé depuis 2001, médecine générale (Cabinet + Domicile), et petite activité en centre de rééducation, 52 ans pas de DU.

Q2

C'était aussi un sujet de ma thèse, c'est un problème pour tous les sujets âgés, avec toutes les complications qu'elles entraînent : fracture, troubles moteurs, reprise de la marche difficile avec une perte de confiance en soit, et une peur constante de la rechute.

Q3

2 fois par mois. Biaisé car parfois on a la notion de chute quelques semaines après, voire parfois jamais, c'est donc sous-évalué.

Q4

Troubles posturaux, sarcopénie, et l'adaptation de l'environnement.

Q5

Pas de recommandations.

Repérer les patients à risque et grader le risque selon l'état et leurs pathologies.

Si bas risque se cantonner à la clinique, sinon, explorer et appareiller les déficits neurologiques (cane, rollator ou déambulateur par exemple).

Aménager l'environnement (tapis, lit médicalisé, quand ils acceptent), leur faire voir un podologue, mettre en place un chaussage adapté.

Q6

Kiné pour la lutte contre la sarcopénie.

Les infirmières pour nous alerter sur les problèmes, pour surveiller et voir l'évolution du malade et de ses troubles divers dont la marche. Souvent la chute passe inaperçue et c'est l'infirmière qui décèle un hématome lors de la toilette et nous met en garde. C'est un gros plus.

La famille pour coordonner la prévention.

Q7

Pour moi le plus c'est l'infirmière, un SSIAD ou une HAD n'apportent pas de plus value en prévention de la chute.

Q8

Oui. L'avantage réside dans le personnel avec des AS, IDE, Kiné. La surveillance est accrue et ils ont des stratégies standardisées qui leurs sont propres.

Q9

On a beau solliciter la famille, les patients ont une attache sentimentale à leur cadre de vie, et ne veulent pas changer leur lit ou enlever les tapis, c'est compliqué de « toucher » ce cadre.

Les troubles neurologiques secondaires aux AVC et Parkinson entraînent des déficits neurologiques irrécupérables car acquis et installés.

Q10

Oui pour faire un « Check Up » avoir une sorte de « Check List » et faire la prévention de la grippe et de la chute en même temps par exemple.

Entretien M6 :

Q1

Installation en 2011, activité de médecine générale (Cabinet + Domicile) j'ai 43 ans, et un DIU de Tabacologie et aide au sevrage tabacologique.

Q2

Plus ils vieillissent plus c'est fréquent. Cela m'évoque surtout énormément de complications et d'hospitalisations, à cause de l'ostéoporose ou des anticoagulants, qui elles entraînent des scanners, des sutures etc. C'est donc aussi un gros Problème de santé publique car ces complications sont génératrices d'énormes dépenses, parfois évitable. J'ai l'impression qu'on a beau mettre toute la prévention du monde ils tombent toujours, je suis un peu fataliste. La chute peut être limitée mais la chute accidentelle est obligatoire, une partie du risque est incompressible.

Q3

1 appel par semaine et souvent on ne m'appelle pas beaucoup de chutes « passent à l'As » et on me le dit des mois après.

Q4

Instabilité et troubles de la marche, les troubles de l'équilibre, et les médicaments (BZD).

Q5

Non je ne suis pas de recommandations.

J'allège l'ordonnance en somnifères et benzodiazépines.

Je leur recommande une téléalarme pour prévenir la station au sol en cas de chute et je fais de l'éducation : pas de précipitation pour répondre au téléphone et pour ouvrir la porte par exemple, ou encore pour se lever.

Je bilante les troubles visuels ainsi que les troubles ORL, et j'appareille à la marche.

Q6

Kiné pour travail de l'équilibre et musculation. Les infirmières pour préparer le pilulier et délivrer les traitements, éviter les erreurs et surdosage en certains traitement pourvoyeurs d'hypotension et d'hypoglycémie.

Q7

Non.

Q8

Non, j'évite tant que possible de placer un malade en maison de retraite.

Q9

La chute est multifactorielle, un généraliste seul ne peut pas prévenir tous les facteurs de risque et souvent les chutes sont dues à des maladresses, et la mise en situation à risques. Et sur ces deux derniers points on a beau faire toute la prévention du monde, les patients âgés sont souvent têtus et n'ont pas conscience de leur manque de réflexes, et se mettent seul dans des situations dangereuses pour leur conditions physique. Il faudrait faire plus d'éducation préventive chez la personne âgée, mais ce n'est pas gagné, car nous manquons cruellement de temps en pratique.

Q10

Non parce que je vois et j'évalue en connaissant bien mes patients au cas par cas.

Entretien M7 :

Q1

Installée en 2001, activité de médecine générale (Cabinet + Domicile), deux demies journées en tant que salariée à la Chrysalide (centre pour adultes handicapé), j'ai 50 ans et un DU de Gynécologie obstétrique pour le médecin généraliste.

Q2

Les personnes âgées chutent plus c'est vrai, on doit malgré tout selon moi chercher à mettre en place une prévention efficace, car pour moi le début de la chute signe la fin de la dépendance et de la vie seule au domicile.

Q3

On ne m'appelle pas pour une chute, car souvent ça passe par la téléalarme, je les vois après leur chute, 1 par mois à peu près.

Q4

L'arthrose, la vue, les malaises (Hypotension, Hypoglycémie).

Q5

Non je devrais les connaître mais je ne les connais pas.

Chute isolée : bilan selon la clinique et les circonstances de la chute.

S'ils chutent trop je fais un bilan complet et s'il est mauvais, je les institutionnalise.

Sinon j'essaie (si le malade est d'accord) d'agir sur l'environnement en conseillant un aménagement de l'habitat et un appareillage d'aide à la marche (déambulateur, lit médicalisé avec réglage de la hauteur, etc...) mettre des rampes, sortir les tapis, changer la baignoire en douche sans marche.

Mettre des toilettes d'aisance pour éviter les trajets la nuit pour uriner.

Education des patients : ne pas se lever brusquement, prendre un téléphone sans fil pour ne pas courir pour y répondre.

Pour prévenir les complications je mets une téléalarme.

Q6

Les infirmières pour préparer le pilulier, aide à la toilette, délivrer les traitements, surveiller la tension, la glycémie et elles sont aux premières loges pour prévenir lorsque le risque de chute apparaît ou s'accroît.

Les kinés pour les muscler et la lutte contre la sédentarité.

Aide-Ménagère pour le ménage et les faire sortir du domicile.

Famille quand il y en a une et qu'elle est présente, pour l'impliquer dans les changements de l'habitation, ça passe toujours mieux lorsqu'un membre de la famille nous appuie.

Q7

Oui, surtout parce qu'ils n'ont pas de contrainte de rentabilité au nombre d'acte.

Q8

Oui. L'appareillage et l'environnement sont optimisés au maximum dans la plupart des EHPAD.

Q9

Alors je serai incapable de vous lister tous les facteurs de risques déjà, car il y en a beaucoup trop. Les gens se sentent toujours jeunes, et non concernés par ce problème, et s'en inquiètent après la première chute voir parfois même au bout de plusieurs chutes. Ils ne se sentent âgés que lorsqu'ils sont diminués, et ils ne se sentent diminués qu'après la ou les chutes.

Souvent c'est aussi un manque d'argents pour aménager l'appartement.

Et les familles qui sont un plus dans l'éducation et la prévention sont de plus en plus absente dans notre société.

Après il y a beaucoup de maladresse, certains glissent toujours du bord du lit ou du fauteuil tout simplement.

Q10

Oui, toutes les aides sont bonnes à prendre.

Entretien M8 :

Q1

Médecine générale (Cabinet + Domicile) depuis 2012, 3 demies journées par semaine à l'Hôpital Saint Joseph en médecine post urgence-polyvalente. J'ai 31 ans et le DU de Mésothérapie.

Q2

C'est très fréquent, grave, ça entraîne beaucoup de complications et de conséquences. Le problème de la chute c'est qu'elle est une résultante multifactorielle, et qu'on ne peut agir en tant que médecin que sur une partie des facteurs de risques, certains ne peuvent pas être prévenus.

Q3

Quotidiennement.

Q4

Alors il y a les facteurs liés aux patients : iatrogénie, sarcopénie, maladies neurodégénératives Principalement.

Q5

On se focalise sur les facteurs primordiaux et aussi sur la neuro (AVC), hypotension orthostatique, les problèmes cardiovasculaires avec les troubles du rythme et de la conduction cardiaque, l'athérosclérose carotidienne, les valvulopathies, les malaises, les troubles ORL (vertiges), troubles ophtalmologiques et sensoriels.

Alléger le traitement lorsque c'est possible et accepté.

Gérer les problèmes liés au patient en consultation et sur plusieurs consultations et en envoyant voir les spécialistes.

Puis donner des conseils sur l'environnement (les tapis, le mobilier, les baignoires et les animaux de compagnies) mais c'est difficile d'agir car il y a une émotion liée à chaque bibelot ou animal de compagnie qui fait que les gens ne sont pas prêts à se séparer d'eux et refusent parfois toute modification de l'environnement.

L'Ergothérapeute est très important mais pas remboursé, c'est un plus si les patients peuvent le payer à condition d'appliquer ses conseils par la suite.

Q6

Les infirmières pour faire passer le message, les conseils, la surveillance, l'aide à la douche pour prévoir les chutes très fréquentes dans la salle de bain.

Les kinés pour lutter contre la sarcopénie, il faut de bons kinés, les massages ne suffisent pas. L'ergothérapeute qui fait un état des lieux du patient et de son habitat.

Q7

Oui, ils n'ont que très peu de malade et peuvent se permettre de passer plus de temps avec eux, et ainsi mieux nous prévenir si un patient développe des troubles de la marche par exemple.

Q8

Oui, car ils sont meilleurs tout simplement, en théorie.

Q9

On ne prend pas tous les facteurs de risques en charge, faute de moyens et de temps. Entre ce qu'on doit faire et ce qu'on peut réellement faire il y a beaucoup de difficultés, c'est la théorie et la pratique, il y a un monde entre les deux.

De plus la difficulté qu'on a c'est que la plupart des chutes à posteriori sont identifiées comme d'étiologie mécanique, mais en fait les malades ne se rappellent pas du tout du mécanisme de la chute, et on ne peut pas certifier à 100% l'étiologie de cette chute.

Q10

Oui, ça peut être une aide.

Entretien M9 :

Q1

Je me suis installé en 1977, en médecine générale (Cabinet + Domicile), et j'ai 72 ans.

Q2

Les chutes sont très fréquentes chez les sujets âgés, on n'arrivera pas à les empêcher de tomber, certains risques ne se préviennent pas parfaitement.

Q3

1 par mois au moins.

Q4

L'iatrogénie : les somnifères et les neuroleptiques, l'environnement et la fonte musculaire.

Q5

Rechercher selon l'examen clinique du chuteur.

Limiter les substances entraînant les chutes, en enlevant certains médicaments si c'est accepté, faire de l'exercice avec un kinésithérapeute qui fait le travail, et rarement faire un aménagement des salles d'eau si c'est possible financièrement.

Q6

C'est le travail des kinés : rééducation à la marche et à l'équilibre, si les patients sont aptes à comprendre les conseils.

Q7

Non, et on trouve souvent un manque de communication avec ces équipes.

Q8

Oui. C'est grâce à un personnel présent et attentif, qu'on peut mieux prévenir la chute en les surveillant.

Q9

C'est la différence entre la théorie et la pratique.

En médecine on est face à l'humain, et de ce fait on ne peut pas toujours faire ce qu'il faudrait faire malheureusement. La prévention est insuffisante en France, elle représente 2% des ressources de santé, on n'est pas toujours bien formé et conditionnés à la prévention dans notre pays, médecin comme patients, et c'est surtout qu'on a pas le temps dans notre activité pour en faire.

Q10

Non on fait au cas par cas.

Entretien M10 :

Q1

Depuis janvier 2016 pour l'installation, cabinet et domicile, 28 ans et pas de DU.

Q2

Moi les chutes me font peur. J'angoisse et j'appréhende dès l'apparition de troubles de l'équilibre chez mes patients âgés. Derrière cette peur et cette appréhension se cachent en fait les complications des chutes, indirectes comme la perte d'autonomie et de confiance en soit, et direct comme les fractures, hématomes sous duraux.

Q3

2 à 5 par mois, mais je le sais souvent après que la chute a eu lieu.

Q4

Les troubles de l'équilibre, l'environnement, le chaussage.

Q5

Non je ne suis pas de reco.

Adapter l'environnement avec des rampes, aménager l'habitat pour limiter au mieux lorsque c'est accepté par le malade, souvent difficile sur le plan financier, sur le fait d'être locataire, ou sur l'histoire liée aux objets (le tapis de la grand-mère etc...). Le chaussage adapté est aussi important.

Pour ce qui est des facteurs de risques liées au malade, je passe par l'hôpital de jour de gériatrie de Saint Joseph ou celui de Montolivet, ce qui permet de faire un bilan exhaustif de risque de chute, et parfois si nécessaire d'avoir une imagerie cérébrale sur une journée, avec des consultations de spécialistes puis un bilan final fait par un gériatre. On fait ainsi le tour des facteurs de risques évitables liées aux organes sensoriel, cardiovasculaire, locomoteur, ORL, neurologique...

On fait également une bonne prise en charge nutritionnelle, et de la nycturie.

Appareillage pour aide à la marche si nécessaire.

Q6

Comme intervenant je fais appel à la famille qui parfois peut mieux convaincre le malade de modifier son comportement à risque, peut le surveiller, peut suggérer l'aménagement du domicile et aider à le réaliser car c'est un problème pour un sujet âgé seul d'initier et de gérer des travaux dans son domicile.

Ensuite je mets en place un MKDE pour le travail de la marche et de l'équilibre.

Les IDE pour la préparation du traitement la distribution, la surveillance de l'état du malade sur une évaluation quotidienne et l'aide à la toilette (beaucoup de sujets âgés tombent dans leur salle de bain).

J'aimerais faire plus souvent appel à des ergothérapeutes mais l'acte n'étant pas remboursé je me suis déjà heurté à des refus de la part de certains patients.

Q7

Oui. Les SSIAD, ils fonctionnent différemment de nous (médecins généraliste) et sont plus attentifs et présents sur la prévention et la surveillance, et préviennent mieux les complications.

Q8

Oui. Ils sont meilleurs que nous sur l'environnement c'est indéniable, limitent au maximum les facteurs de risque extrinsèques, et ont de nombreux paramédicaux : AS IDE AMP Psychomotriciens MKDE Ergothérapeute.

Q9

Outre le fait que les facteurs de risques soient nombreux, beaucoup sont imprévisibles et inévitables, sauf peut-être pour les facteurs environnementaux.

C'est un fait, statistiquement tout le monde tombe dans la population générale, de manière accidentelle, stupide, sur une inattention, personne n'y échappe, c'est juste que les conséquences chez un sujets âgé sont plus importantes et que le fait d'être tombé une fois devient un facteur primordial.

Et après sur le domaine « environnemental » les patients refusent souvent un équipement du domicile.

Q10

Oui pour être plus systématique.

Entretien M11 :

Q1

Début d'année 2016 pour ce qui est de mon installation, médecine générale en cabinet et au domicile, centre de planning familial, (j'ai été médecin co en maison de retraite). J'ai 31 ans et un DU de Psychologie médicale et psychiatrie de liaison.

Q2

C'est surtout les plus âgés, les plus de 80 ans, chez qui la chute est fréquente et c'est comme si on l'attendait, avec parfois le sentiment que malgré la prévention, on ne peut rien y faire.

Q3

1 patient sur 2 de plus de 80 ans dans ma patientèle tombe dans l'année, 1 tous les 15 jours.

Q4

iatrogénie, dénutrition, manque d'activité physique.

Q5

Non.

Je vais dépister les facteurs de risques extrinsèques et faire maintenir une bonne hygiène de vie :

Travail musculaire, nutrition, environnement (tapis – aide à la marche) appareillage.

Puis un bilan des facteurs intrinsèque selon le patient et l'examen clinique.

Revoir mes prescriptions médicamenteuses à la baisse.

La télé alarme pour prévenir les complications.

Q6

IDE, pour un passage quotidien et la surveillance de dégradation de la force physique et cognitive.

Proches tiers aidants pour leur surveillance quotidienne.

Kiné quand ils veulent bien se déplacer au domicile pour le travail musculaire.

Le principal problème c'est la difficulté à se transmettre des informations ou à bien appliquer la rééducation derrière.

Q7

Non. On a envie de multiplier les intervenant mais plus on en a et moins on est efficace, les informations se perdent, il faut trouver l'équilibre.

Q8

Non, j'évite les placements en maison de retraite tant que c'est possible.

Q9

Malgré toute la prévention du monde la chute est souvent inévitable, car on ne peut pas parer tous les facteurs de risques individuellement, on essaie mais c'est énorme.

Ils tombent de plus en plus mais c'est peut-être faussé par le vieillissement de la population.

Peut-être que le manque de visite à domicile diminue la prévention en général.

Q10

Oui, reste à savoir lequel.

Entretien M12 :

Q1

Installé depuis 1990, en médecine générale. Je fais des consultations au cabinet et au domicile et parfois je fais des gardes chez « SOS médecin ». Pas de DU, j'ai 54 ans.

Q2

Problème de santé publique important, les gens tombent de plus en plus.

Q3

Rarement 1 fois par mois, la plupart du temps s'il y a impotence et difficulté à le relever ils passent par les pompiers pour un « relevage simple », sans qu'on en soit informés car après ils oublient.

Q4

Troubles de l'équilibre, visuels, cognitifs

Q5

Non.

Bilan Cardio, ORL, Ophtalmo, Neuro-Cognitif, Nutrition, revoir les traitements (diminuer BZD NLP) et mettre en place une activité musculaire avec un kiné (ce qui reste difficile chez une personne âgée qui n'a pas forcément envie de pratiquer une activité physique).

Environnement : tapis / dégager les passages quand c'est accepté par le patient...

Dépister les complications : rechercher une ostéoporose.

On délègue beaucoup de choses, mais la prévention de la chute est pluridisciplinaire.

Q6

MKDE travail de l'équilibre et musculation.

Q7

Oui. La présence est pluriquotidienne, et ils sont meilleurs pour dépister le risque. En médecine générale on passe de manière ponctuelle, on n'a pas toujours le temps sur une consultation d'évaluer et dépister le risque de chute.

Q8

Oui. Il y a un passage fréquent du médecin coordinateur, l'environnement est sécurisé et adapté, on y trouve un kiné des IDE et des aides-soignants.

Q9

La population de sujet âgés augmente de plus en plus et on est dans une politique où on essaie de garder les gens le plus longtemps possible à la maison, ce qui fait que l'isolement familial et l'environnement inadapté font tomber beaucoup de gens malgré la prévention (et j'avoue il y en a très peu en médecine générale vu la tarification de l'acte et la taille de la patientèle on n'a pas le temps) qui n'est pas toujours acceptée par les sujets âgés.

Q10

Oui en prévention primaire, mais ça ne doit pas être chronophage ou coûteux.

Entretien M13 :

Q1

Je suis installé depuis 1981. Je suis médecin généraliste, je travaille en cabinet et au domicile, je suis mes patients en EHPAD. J'ai 62 ans et je suis titulaire du DU d'Acupuncture médicale.

Q2

C'est un combat de tous les jours, car les gens tombent très souvent. Ça entraîne systématiquement un état d'aggravation morale avec un sentiment de peur de la chute, et de peur de la dépendance qui s'établit petit à petit.

Q3

Très rarement 1 fois par mois.

Q4

Dénutrition, poly médication, fonte musculaire.

Q5

Non le peu qu'il y a est soit trop court (HAS 2005) soit trop long (Guide de l'INPES). Bilanter selon l'orientation de l'examen clinique.

Faire le ménage dans l'ordonnance, revoir la nécessité de chaque molécule et prévenir la dénutrition avec une bonne alimentation.

Aménagement de l'environnement avec travaux si nécessaires et possible : subvention par l'ANAH (L'Anah accorde des aides financières pour travaux sous conditions à des propriétaires occupants, bailleurs et copropriétés en difficulté).

Q6

IDE pour le pilulier, la surveillance l'aide à la toilette, le MKDE pour le travail de l'équilibre et de la force musculaire.

Les ergothérapeutes pour réaliser un bilan.

Q7

Non.

Q8

Non. Il faut plus que le simple risque de chute selon moi pour décider d'une institutionnalisation. Selon mon opinion ils ne font pas plus de prévention qu'au domicile.

Q9

Souvent on ne peut pas évaluer le risque accidentel de la première chute, on est pas assez dans la prévention. Après une chute, c'est l'entrée dans la spirale de la dégradation des sujets âgés et les facteurs de risques s'ajoutent au fur et à mesure, et deviennent impossible à tous être maîtrisés.

Q10

Oui.

Entretien M14 :

Q1

Médecine générale en cabinet et au domicile, permanence de soins certains dimanche, installé depuis début 2016. J'ai 31 ans, et le DIU d'apprentissage de la médecine d'Urgence.

Q2

C'est un sentiment parfois fataliste qui m'envahit lorsque je pense à la chute, par exemple, malgré une bonne prévention chez une de mes patientes, j'ai été témoin lors d'une visite au domicile d'une chute mécanique, ayant entraîné une fracture du fémur. La patiente s'est tout simplement pris les pieds dans sa couette devant moi en se levant du lit. C'est difficile de prévenir totalement la chute.

Q3

1 fois par semaine.

Q4

Les troubles de la marche, les troubles sensoriels (vision et audition), l'agencement du domicile.

Q5

Non.

Bilan endogène minimal systématique (locomoteur, sensoriel, cardiovasculaire) et de l'environnement.

Q6

MKDE quand ils peuvent se déplacer pour lutter remédier à la fonte musculaire. L'entourage pour nous aider à faire accepter les modifications et la prévention. Mettre l'entourage au cœur de la prise en charge de la prévention.

Q7

Oui. Avec car on a plus de monde présent au domicile, on a un apport de coordination des soins, c'est un double filet de sécurité.

Q8

Oui.

Le milieu est médicalisé, l'environnement est étudié pour être optimal à contrario du domicile, et les équipes médicales sont formées à la prévention de la chute.

Q9

Selon moi c'est le fait qu'on ait du mal, par défaut de temps en médecine générale, à mettre toute la théorie préventive en place. Et quand bien même on y arriverait il faut encore que les patients l'acceptent.

Il faut en arriver à un degré de dépendance important pour que le patient et la famille comprennent l'importance de la prévention de la chute et de l'aménagement de l'environnement. Les mesures sont parfois mal acceptées.

Q10

Oui un protocole carré et bien fait permettrait de ne rien oublier.

Entretien M15 :

Q1

Depuis 1996 en tant que généraliste réalisant des visites en cabinet au domicile. J'ai 53 ans pas de DU.

Q2

On essaie de la prévenir au mieux, mais on ne peut pas tout prévenir. Et le pire c'est que la chute est surtout riche en complications : Fractures, dépendance, grabatisation.

Q3

Fréquent 1 fois par quinzaine.

Q4

Les troubles cognitifs et neurologiques séquellaire des AVC, la poly médication, les malaises.

Q5

Non.

Action environnementale sur les tapis et le mobilier.

Bilan cardiovasculaire avec prise systématique de la tension artérielle pour ajuster au mieux mon traitement et éviter les crises d'hypo et d'hypertension.

Revoir l'ordonnance, toujours évaluer la balance bénéfique/risques des médicaments que l'ont prescrit.

Appareiller à la marche les déficits neurologiques.

Téléalarme pour prévenir les complications.

Q6

MKDE pour lutter contre l'amyotrophie.

IDE surveillance, prise de la tension.

Aides ménagères à domicile pour nous alerter et nous informer si les malades se dégradent par une évaluation quotidienne.

Q7

Oui, je trouve les SSIAD efficace et avantageux, le personnel passe plus de temps auprès du malade et le connaît mieux.

Q8

Oui. L'environnement est pensé pour diminuer les risques de chute, c'est déjà un avantage majeur.

Q9

Il y a beaucoup de facteurs non gérables ou difficiles à prévenir. On peut prévenir un malaise avec une thérapeutique adaptée, un bilan cardiologique optimal, ça reste de la prévention, le risque est diminué mais pas égal à zéro, parfois les chutes sont tout simplement « accidentelles ».

On ne peut pas agir en médecine sur tous les facteurs de risque, le temps nous manque.

Q10

Oui.

Entretien M16 :

Q1

Je me suis installé en 1983. Je suis médecin généraliste (Cabinet + Domicile) et je travaille parfois la nuit pour « SOS médecin ». Je suis âgé de 64 ans et j'ai deux DU : DU de Pédiatrie préventive et Réparation juridique du dommage corporel.

Q2

Le risque n'est pas prévisible à 100%, que le sujet âgé soit entouré ou pas, qu'il y a ou non des aides ménagères, qu'elle soit ou non veuve, un jour le sujet âgé tombera c'est un fait. De Gaulle disait « La vieillesse est un naufrage », il avait tout dit.

Q3

Fréquent 1 fois par semaine.

Q4

Dénutrition, poly médication, comportement à risque (il est à risque quel que soit l'âge mais le manque de rapidité reflexe du SA entraîne de graves complications).

Q5

Non c'est le bon sens. Environnement quand c'est accepté. Enlever les hypnotiques quand c'est possible. Nos patients sont nos clients, si on ne cède pas pour les somnifères, les malades vont se le faire prescrire par un autre médecin tout simplement. On est dans la négociation constante avec les malades et la famille. Souvent les hôpitaux enlèvent des molécules dans les ordonnances et les patients ou leurs enfants viennent nous harceler pour les remettre, c'est difficile de changer les habitudes des gens.

Il faut être systématique dans la prévention mais si on donne trop d'informations ou un bilan trop long à réaliser (cardio – neuro – ori) les gens n'en feront que la moitié au final, donc les réaliser sur plusieurs consultations.

Q6

La notion de réseau c'est très bien en théorie, en pratique, les paramédicaux étant payé à l'acte, la prise en charge n'est pas toujours bien réalisée. Attention on peut en dire autant de certains médecins. Quand on trouve une équipe fiable IDE (pilulier surveillance).

Q7

Non.

Q8

Non.

Q9

Le problème du SA c'est qu'il vit dans un appartement à l'image de sa génération : bibelot tapis meubles encombrant, descente de lit dont ils ne veulent pas se séparer, pire, ils refusent de le modifier. Les conduites à risques des sujets âgés : monter sur la chaise pour laver les carreaux, les savates ouvertes, sont toutes pourvoyeuse de chute quelle que soit la prévention. Je pense que la dépendance et l'imprégnation aux hypnotiques est trop importante en France.

Q10

Non.

Entretien M17 :

Q1

Depuis 1984, je fais des consultations au cabinet et au domicile, j'ai 62 ans et pas de DU.

Q2

Très important, très fréquent, une des causes majeures de décompensation des sujets âgés. Le risque de complication est majeur et la perte d'autonomie arrive dans les suites.

Q3

Fréquent 1 fois par mois.

Q4

Poly médication, conduite à risque, environnement.

Q5

Non.

Faire un bilan complet si le patient est chuteur récidiviste : cardiologue ophtalmo, neurologue si besoin, rééducateur. Sinon selon l'examen clinique.

Environnement : douche tapis. Revoir l'ordonnance dans la mesure du possible et l'acceptation des malades pour les hypnotiques

C'est adaptable à chacun, selon leur mode de vie, leur entourage, leur capacité à comprendre, et la prise en charge de la pathologie à risque de chute la plus flagrante.

Q6

MKDE pour lutte contre l'amyotrophie, IDE pour surveillance. Education et implication par l'entourage.

Q7

Non.

Q8

Oui. Très avantageux sur le matériel et l'environnement (rampe, douche, fauteuil, lit médicalisé).

Q9

Les sujets âgés eux-mêmes n'ont pas toujours conscience de leurs fragilités, ils ont un manque de lucidité sur ça, ils ne le comprennent pas les conseils qu'on leur donne car c'est difficile pour eux d'admettre qu'ils sont diminués. De plus, dans leurs activités quotidiennes, ils ne font pas preuve de prudence, et c'est très pourvoyeur de chute.

Q10

Oui pourquoi pas.

Entretien M18 :

Q1

Depuis 1971 en cabinet et au domicile comme médecin généraliste. J'ai 74 ans, je suis titulaire DU de Réparation juridique du dommage corporel.

Q2

Très fréquent, marque l'entrée dans la dépendance. L'âge en « bon état » prend fin avec la chute.

Q3

1 à 2 fois par semaine.

Q4

Motricité, troubles cardio-vasculaires et troubles neurologiques.

Q5

Non.

Je réalise un bilan de prévention de la chute, en recherchant ce que je définis comme les grandes « causes » : l'atrogénie avec un allègement de l'ordonnance, la lutte contre l'hypotension, un bilan cardiovasculaire, un bilan neurologique.

En parallèle je mets en place un appareillage pour aide à la marche si nécessaire et suggère un aménagement du domicile avec des rampes, et un retrait des tapis entre autres.

Q6

MKDE équilibre et force musculaire.

IDE surveillance, aide à la toilette, préparation du pilulier et faire le lien avec le praticien.

Q7

Oui, car un peu plus présents que les IDE libérales.

Q8

Oui. Sur l'environnement et la surveillance.

Q9

Il y a trop de facteurs de risque. La chute est poly factorielle et beaucoup de facteurs de risques sont sous-estimés ou impossibles à prévoir. Il faudrait savoir sur tous les facteurs de risque, combien sont évitables ? Et un problème de taille, on n'a pas le temps en médecine générale de tout prévenir. La prévention demande un temps que nous n'avons pas aujourd'hui dans notre pratique.

Q10

Oui.

Entretien M19 :

Q1

J'ai 46 ans, je me suis installée en médecine générale en 2002 (Cabinet + Domicile) et je n'ai pas de DU.

Q2

Une pathologie grave, mais une pathologie comme une autre en termes de prise en charge.

Q3

Moins d'une fois par mois.

Q4

Troubles neurologiques, Hypotension, amyotrophie.

Q5

Non, plutôt du bon sens.

Pas de bilan endogène global systématique, je me base sur la clinique et fait une exploration de l'organe qui me paraît responsable de la chute selon l'état du patient (bien qu'ils soient toujours « à jour » au niveau de leur bilan d'organes la plupart du temps). Seulement si le patient est poly pathologique avec un risque majeur, je m'appuie sur l'aide d'une équipe mobile de gériatrie pour un bilan complet de tous les organes pourvoyeurs de chute.

Le portage des repas est une alternative à la dénutrition.

Q6

MKDE équilibre et force musculaire si débuté à temps. IDE surveillance et pilulier.

Q7

Oui, plus on a d'intervenant plus la prise en charge est meilleure.

Q8

Oui. Le patient y bénéficie d'une meilleure prise en charge, la surveillance est quasi constante, les lits sont à barreaux, à hauteur variable, l'appareillage est de qualité et adapté, le personnel est sensibilisé à la prévention et à l'aide à la marche.

Q9

On ne met pas assez de prévention en place au domicile en médecine générale, à la différence des structures de soins, qui ont plus de temps pour faire de la prévention. Et je pense qu'on devrait plus s'appuyer sur des équipes mobiles de gériatrie.

Q10

Oui s'il est synthétique.

Entretien M20 :

Q1

Je suis dans mon cabinet de médecine générale depuis 1980, (Cabinet + domicile), aucun DU, j'ai 64 ans.

Q2

C'est de plus en plus fréquent.

Q3

1 par mois.

Q4

Médicaments, troubles neurologies, déficit musculaire.

Q5

Non.

Rechercher la cause de la chute selon l'âge et l'examen clinique.

Revoir les traitements et mise en place de paramédicaux.

Essayer d'adapter l'environnement en sortant les tapis entre autres choses.

Q6

IDE pour surveillance, préparation du pilulier.

MKDE pour exercice d'entretien de la force musculaire.

Q7

Oui, ils sont beaucoup plus présents que les équipes IDE traditionnelles.

Q8

Non.

Q9

Manque de prévention en règle générale, car pas le temps d'en faire, on a trop de travail de nos jours.

Q10

Oui si on me donne les principaux à prévenir je le ferai.

Entretien M21 :

Q1

Depuis 1991, médecine générale en cabinet et domicile, je possède un DU d'Ostéopathie ainsi que de Médecine du sport, j'ai 58 ans.

Q2

Perte d'autonomie et source de complications.

Q3

1 par semaine.

Q4

Environnement, chaussages et troubles sensoriels.

Q5

Non, c'est du terrain et c'est propre à la personne, à adapter à chaque personne et son environnement.

Je me pose la question : Origine mécanique ou non ?

Si oui on essaie d'aménager le domicile et on donne des conseils tels que se déplacer à son rythme, pas de précipitation pour ouvrir à la porte par exemple.

Si non mécanique bilan de l'organe si l'étiologie est flagrante à l'examen clinique avec un bilan des troubles sensoriels.

Revoir l'ordonnance à la baisse.

Lutter contre la nycturie.

Q6

IDE surveillance pilulier pour éviter surdosage et aide à la toilette.

MKDE équilibre et entretien musculaire et comment se déplacer dans la maison.

La famille pour les conseils et aider à modifier l'environnement.

Q7

Oui, ils sont très présents.

Q8

Oui. On y trouve une surveillance de tous les instants, et ils sont alerte en cas de risque, et il y a de nombreux acteurs AS IDE Kiné Ergothérapeute.

Q9

La population de sujets âgés augmente. Et les sujets âgés n'ont pas envie d'exposer leur diminution : ne pas admettre qu'ils ont moins d'autonomie en n'écoutant pas les conseils et en se mettant dans des situations à risques lourdes de conséquences.

Q10

Oui on l'appliquera à chaque visite, on le fait empiriquement mais on oublie des choses.

Entretien M22 :

Q1

En 1988 pour ce qui est de mon installation, je suis généraliste (cabinet et domicile), j'ai un DU de Médecine thermale, j'ai 58 ans.

Q2

Problème majeur de santé publique, difficile à prévenir.

Q3

1 tous les 15 jours.

Q4

L'environnement, la poly médication, les troubles visuels.

Q5

Non.

Bilan de l'environnement : tapis, lit fauteuil, s'il faut on adapte en médicalisant le lit ou réarrangeant l'appartement, et on appareille le malade.

Puis on recherche une pathologie selon l'examen clinique.

On fait un bilan d'un seul organe pas nécessairement tout, on cible selon la clinique. On recherche un manque d'activité et on met alors en place un kiné.

Attentions aux Toxiques (revoir les traitements) et à l'Alcool.

Q6

L'entourage proche pour s'appuyer sur eux et faire accepter une modification de l'environnement et l'appareillage.

IDE pour l'aide à la toilette et la préparation des traitements, elles voient les dangers et son l'interlocuteur majeur avec le praticien.

Le MKDE pour la marche et l'équilibre.

Q7

Non, il n'y a pas d'échange et on perd du temps avec la paperasse.

Q8

Oui. Ils peuvent faire de la prévention extrême avec la contention.

Q9

L'isolement et la non application de nos conseils rendent la prévention peu efficace.

Q10

Non, on ne peut pas évaluer la prévention de la chute sur une seule consultation, il faut la faire sur le long terme, l'observation, le retour de la famille et des IDE et un bilan des facteurs endogène étalé sur l'année.

Entretien M23 :

Q1

Installation en 2012. Médecine générale (cabinet et domicile). J'ai un DU de Médecine de la Plongée et des Activités Subaquatiques, et j'ai 53 ans.

Q2

Il y a un moment dans la vie des sujets âgés où ils sont obligés de tomber. La prévention de l'acte le plus simple à la contention ne permet pas d'atteindre le risque 0. Le schéma classique : chute répétée puis hôpital puis institution car perte d'autonomie et contention. La chute c'est basculer dans la dépendance.

Q3

1 par mois.

Q4

Fonte musculaire, troubles de l'équilibre, et les hypnotiques.

Q5

Non.

Faire un bilan étiologique de la dernière chute : cibler l'organe responsable d'après l'examen clinique.

Adapter l'environnement en suggérant d'enlever les tapis. Réévaluer l'ordonnance, en diminuant les hypnotiques lorsque les malades l'acceptent c'est difficile.

Q6

IDE surveillance et aide à la toilette.

MKDE équilibre et entretien musculaire.

La famille pour coordonner le tout.

Q7

Oui, ils accordent plus de temps aux soins et au patient.

Q8

Oui. En Structure de soins, on peut mettre en place des contentions pour les patients, l'appareillage est adapté, les chambres l'environnement également, on y trouve des secteurs fermés. Le personnel est sensibilisé à la chute.

Q9

C'est dû au vieillissement de la population, et aux imprudences des sujets âgés.

Q10

Non on n'a pas le temps en médecine générale de faire un bilan complet de chute, il faut le faire en hôpital de jour de gériatrie.

Entretien M24 :

Q1

Depuis 1981, cabinet de médecine générale, je réalise des visites à domicile, je n'ai pas de DU, et j'ai 63 ans.

Q2

Alors la chute est pour moi le passage du sujet dans la perte d'autonomie, c'est un tournant dans sa vie, ça marque la fin d'un état stable, c'est le début de la cascade gériatrique, avec toutes les complications qui s'en suivent, et c'est une très lourde charge en termes de Santé publique.

Q3

Fréquent, 1 fois tous les 15 jours.

Q4

Les troubles de l'équilibre, la fonte musculaire et les troubles visuels.

Q5

Non je ne suis pas de recommandations médicales.

Je vais systématiquement réaliser par une recherche organe par organe : yeux, ORL, Cardiovasculaire (carotides et troubles du rythme), urologique avec l'envie impérieuse la nuit, la masse musculaire puis l'environnement (tapis, mobiliers).

Sur le plan cardiologique les patients âgés sont très assidus, et très suivis, donc c'est déjà réalisé le plus souvent.

Pour l'envie d'uriner nocturne on peut mettre des chaises gardes robes pour diminuer les trajets la nuit. Et puis on peut dire aujourd'hui que les sujets âgés acceptent de plus en plus la protection « nocturne », chose qui a été très difficile à faire adopter croyez-moi.

Et pour finir on bataille avec nos patients pour essayer d'enlever les benzodiazépines, les hypnotiques qui les font tomber mais c'est très difficile de leurs enlever, on peut parler de véritables addictions.

Q6

Comme intervenant je fais appel à la famille qui va permettre de faire accepter au patient tout l'aménagement de l'environnement du domicile (tapis, fils, rampes, bain transformé en douche).

On met en place un MKDE pour le travail de la marche et de l'équilibre et la lutte contre l'amyotrophie.

Les IDE pour l'aide à la toilette qui est primordiale car beaucoup de sujet âgé chutent, et elles sont là au quotidien, et nous permettent via l'échange médecin-IDE, de surveiller si la marche se dégrade.

On fait également des demandes de mise en place d'aide-ménagère pour la présence, les courses, et sortir si c'est possible.

Q7

Oui. Il y a plus d'intervenant, plus de présence, et ils peuvent se permettent de rester plus longtemps car ils ne fonctionnent pas sur la rentabilité à l'acte. Si un patient nécessite plus de temps que prévu, d'autres employés du SSIAD peuvent les remplacer sur leur tournée. Et ils ont souvent des règles de prévention de la chute dans leur charte.

Q8

Oui. Au niveau du matériel et du personnel : contention possible, lits médicalisés au ras du sol, personnel très présent.

Q9

Je pense que le problème principal est que les sujets âgés ne se sentent pas concernés et n'acceptent pas la prévention, ou alors lorsqu'ils s'en rendent compte c'est déjà trop tard, la perte musculaire est trop importante, et le manque d'envie et d'implication de certains malade fait qu'ils n'arrivent pas à se remuscler.

Q10

Oui.

Entretien M25 :

Q1

J'ai 64 ans, je pratique la médecine générale depuis 1982 en cabinet et au domicile, je n'ai pas de DU.

Q2

Grave pour la personne âgée, car entraîne toujours une perte d'autonomie.

Q3

1 par mois.

Q4

Conduite à risque, somnifères, nycturie.

Q5

Non.

Au début pour une chute isolée, c'est un conseil sur les conduites à risque et une petite modification de l'environnement (tapis et descente de lit) et allumer la nuit lorsqu'on va uriner, ne pas se déplacer trop vite. Je conseille la douche à la place de la baignoire. Dépister les sujets âgés alcooliques.

Prise en charge musculo ostéo articulaire.

Puis on ne fait pas de bilan systématique de tous les organes, on se limite à l'organe incriminé. Moins on multiplie les examens moins on perturbe les gens âgés. L'examen clinique suffit la plupart du temps.

Par contre, bilan complet pour les chutes répétées, avec bilan hospitalier si nécessaire.

Adapter l'environnement en suggérant d'enlever les tapis et faire des modifications de l'appartement.

Q6

IDE surveillance, gestion des comprimés et aide à la toilette.

MKDE équilibre et entretien musculaire.

Aides ménagères pour faire les courses et accompagner, faire marcher au quotidien, sortir pour garder le lien social.

Q7

Non.

Q8

Oui. Sur l'environnement, la surveillance et grâce à une équipe formée à la prévention

Q9

Les sujets âgés sont têtus et ne font pas attention, ont des conduites à risque. Ils ne se sentent pas concernés par la chute tant qu'ils n'ont pas perdu beaucoup d'autonomie. Ils ne veulent pas changer leur environnement, il y a un refus de « changer en général » refus de modifier l'habitat, refus de stopper les hypnotiques.

Q10

Entretien M26 :

Q1

J'ai 36 ans, mon installation remonte en 2007 en tant que généraliste (cabinet + domicile). J'ai un DU de Réparation juridique du dommage corporel.

Q2

Gravissime car lourd de conséquences, avec d'énormes complications qui peuvent être évitée en prévention primaire et secondaire.

Q3

1 tous les deux mois mais c'est biaisé, je suis jeune médecin j'ai une patientèle jeune.

Q4

La nycturie, les troubles de l'équilibre et l'iatrogénie.

Q5

Non.

Pour chaque chute isolée, il faut : revoir l'ordonnance, faire un bilan guidé par notre examen clinique et le récit de la chute.

Si le patient est un chuteur à répétition alors il faut lancer un bilan de causes endogènes complet (un test d'hypotension orthostatique, un bilan de troubles de l'équilibre et un bilan cardiologique).

Il faut adapter l'environnement en enlevant les tapis.

Il faut faire accepter la chaise-pot et les protections nocturnes pour éviter les transferts la nuit.

Q6

IDE pour l'aide à la toilette et la préparation des traitements.

Le MKDE pour la marche et l'équilibre.

Q7

Non, on a le sentiment de perdre la main avec un SSIAD.

Q8

Non, je n'aime pas placer mes patients dans des établissements de santé pour personnes âgées. Quand je place un de mes patients en EHPAD ou en structure de soins je n'ai pas le temps de le suivre là-bas donc je cède la main et j'avoue ne pas avoir une grande expérience de ces structures.

Q9

Malgré toute la prévention, les facteurs de risque ne peuvent pas être tous prévus. On parle d'un risque qui au final ne s'éradique pas, mais se diminue seulement.

Q10

Non pas besoin d'un bilan complet il faut cibler au cas par cas.

Entretien M27 :

Q1

Médecin généraliste installé en 2004, j'ai 44 ans, pas de DU, et je réalise des visites en cabinet et au domicile.

Q2

Pour moi la chute c'est un risque majeur de décès dans les années qui suivent, c'est également un mode d'entrée dans la dépendance.

Q3

Au moins 1 tous les deux mois, c'est sous-évalué, si la chute est compliquée ils passent par les services de secours type urgences, sinon ils n'en parlent pas lorsqu'ils se relèvent simplement ou se font aider puis oublient de nous le dire.

Q4

Sarcopénie, troubles de l'équilibre, dénutrition.

Q5

Oui, le collègue de gériatrie et l'HAS. Toujours poser la question : êtes-vous tombé depuis la dernière consultation ? Je grade le risque : "test uni podal, start up and go test et walking and talking test". Ensuite soit j'ai un patient à haut risque et je l'oriente vers un bilan (EGS) en hôpital de jour. Soit le risque est moindre je fais le même bilan complet endogène et exogène (environnement +/- modification) mais en ambulatoire (cardio neuro dénutrition orl, ophtalmo), en fait je me lance dans une Evaluation Gériatrique standardisée, en modifiant également les molécules pourvoyeuse de chute dans l'ordonnance. Téléalarme pour prévenir les complications.

Q6

IDE pour l'aide à la toilette et la préparation des traitements. Le MKDE pour la marche et l'équilibre. Famille mobilisée pour surveillance, conseils sur la modification de l'environnement. Aide-ménagère pour l'aide au ménage au quotidien.

Q7

Oui, car il y a plus de passage, ils passent plus de temps auprès du malade. Il y a des IDE des AS et une cadre et tout est replit en staff, et ils préviennent mieux la chute ainsi.

Q8

Oui. Par la formation des équipes, la prévention, l'aménagement de l'environnement, l'appareillage, la kinésithérapie systématique (opérateur dépendant).

Q9

On arrivera jamais à ne pas les faire chuter, malgré la rigueur, on repousse, on diminue le risque mais à un moment donné ils chutent, les facteurs de risques étant si nombreux, le risque global, même diminué reste important. Il y a beaucoup de chutes évitables mais la chute en général est inévitable. Souvent c'est difficile de faire accepter au patient et à la famille les conseils de prévention de risque de chute ou l'apparition de troubles cognitifs, il faut arriver à une ou plusieurs chutes avant qu'ils adhèrent à la prévention et comprennent son importance.

Q10

Oui mais très simplifié.

Entretien M28 :

Q1

Depuis 2010, médecine générale (cabinet et domicile), 36 ans, aucun DU.

Q2

Très problématique, il y a une morbidité importante, et la prévention est difficile à mettre en place et n'est pas toujours efficace.

Q3

1 tous les deux mois, mais j'ai peu de sujets âgés.

Q4

Les troubles de l'équilibre, l'iatrogénie et l'environnement inadapté.

Q5

Non.

Si la chute est isolée faire un examen clinique simple, si la chute est répétée, on fait un bilan d'organe plus complet (cardiologique, équilibre). Faire participer la famille dans la prévention de la chute.

Revoir l'ordonnance, bien que ce soit toujours difficile d'arrêter ou d'éviter les benzodiazépines. Revoir l'environnement.

Q6

IDE pour l'aide à la toilette et la préparation des traitements.

Le MKDE pour la marche et l'équilibre.

Ergothérapeute pour un bilan, lorsque les patients peuvent payer.

Q7

Oui, pour l'aide aux repas et à leur prise, et pour une présence qui est plus importante qu'avec une équipe libérale simple.

Q8

Oui. Le personnel est sensibilisé à la chute, l'environnement est ergonomique, la surveillance est quasi constante et ils peuvent « contentionner » les patients à haut risque, bien que ce dernier point soit discutable.

Q9

On ne peut pas prévenir tous les facteurs de risques. La chute est souvent la résultante d'un faisceau de facteurs de risque qui individuellement sont acceptables voir anodins. On ne peut pas agir sur tous les facteurs de risques en médecine générale, que ce soit par manque de temps, ou par défaut de compliance des malades : il suffit de voir comme il est difficile de diminuer la prise des somnifères aux patients pour comprendre la difficulté de la prévention de la chute.

Q10

Oui.

Entretien M29 :

Q1

Installation en 1977, j'ai 67 ans, je pratique en cabinet et à domicile, j'ai une Capacité de pneumologie.

Q2

C'est imprévisible et pernicieux, quoi qu'on fasse, et c'est un signe de perte d'autonomie.

Q3

Deux fois par mois.

Q4

Troubles de l'équilibre, l'iatrogénie, l'environnement.

Q5

Non.

Après une chute il faut revoir l'ordonnance dans la mesure du possible et de l'acceptation des patients pour les somnifères par exemple.

Adapter l'environnement et prodiguer des conseils, éviter de se lever la nuit, faire attention en se levant, etc....

On ne fait pas de bilan complet systématique, souvent on connaît les patients et l'examen clinique suffit à nous orienter.

Q6

IDE pour l'aide à la toilette.

Le MKDE pour la marche et la force musculaire.

Q7

Non.

Q8

Oui. S'y déroulent des réunions afin d'évaluer le risque de chute de chaque résident et l'action derrière est immédiate avec le kinésithérapeute et les conseils du personnel de santé très présent.

Q9

Il y a trop de facteurs favorisants et ils sont trop difficiles à tous prévenir. Et il y a des facteurs qui ne se préviennent pas car ils sont secondaires à l'âge comme les troubles de l'équilibre.

Les patients ont du mal à accepter les aides et la prévention car ils n'acceptent pas leur perte d'autonomie.

Q10

Oui.

Entretien M30 :

Q1

Installation en médecine générale (cabinet et domicile) en 1989, j'ai 57 ans, et un DU de Médecine de la Plongée et des Activités Subaquatiques.

Q2

C'est un tournant dans l'évolution de la personne âgée, car pour eux c'est le début de la dépendance.

Q3

1 par mois au moins.

Q4

Hypotension Orthostatique, Environnement et Nycturie.

Q5

Non.

Si la chute est isolée, je fais une visite de l'appartement, et je mobilise la famille lorsque je suggère des modifications voire des travaux dans la maison.

Ensuite je prends toujours en charge l'hypotension orthostatique, je donne des conseils, en leur expliquant qu'il ne faut pas trop se précipiter à leur âge, et je réalise un bilan selon la clinique.

J'essaie toujours d'alléger l'ordonnance lorsque c'est accepté par le patient, et pour les chutes répétées je fais hospitaliser temporairement pour un bilan complet de chute.

Q6

IDE pour l'aide à la toilette.

Le MKDE pour la marche et l'équilibre, lutte contre l'enraidissement.

La famille pour les modifications de la maison.

Q7

Oui, étant donné qu'ils se composent d'IDE et d'AS, donc plus de personnel, plus de temps de présence avec les malades.

Q8

Oui. L'environnement est étudié au maximum, mais les patients sont souvent désorientés en arrivant dans un nouvel habitat et l'institutionnalisation est à haut risque de chute les premiers temps car les patients sont déboussolés, se lèvent la nuit et tombent les premiers temps.

Q9

On ne peut pas toujours être derrière eux, la chute est inéluctable, ils se lèveront toujours la nuit, on ne peut pas être derrière eux tout le temps, chuter c'est normal dans la vieillesse, on ne peut pas tout prévenir car on a trop de causes différentes aux chutes. C'est comme la prévention cardiovasculaire le risque est diminué mais pas nul, avec une part due au hasard également.

En fait, c'est un équilibre entre ce qu'on met en place et ce qu'ils acceptent de faire.

Q10

Oui.

Entretien M31 :

Q1

je suis âgée de 34 ans, installée depuis 2011. J'ai un DU de Réparation juridique du dommage corporel, ainsi qu'un DESC de Nutrition. Mon activité principale est la médecine générale en cabinet et au domicile, je consacre 1 demi-journée par semaine à des consultations de nutrition et deux dans un centre pour adultes handicapés.

Q2

Le phénomène de chute chez les sujets âgés est fréquent et source de complications importante.

Q3

1 tous les deux mois.

Q4

latrogénie (benzodiazépines), les déficits musculaires, l'environnement.

Q5

Non.

Je classe mon chuteur dans la catégorie adéquat, au cas par cas, s'il est chuteur occasionnel ou une première chute je vais faire un bilan ambulatoire centré sur l'examen clinique, mettre en place un MKDE, revoir le chaussage.

Si le patient chute à répétition je fais un bilan complet type Evaluation Gériatrique Standardisée, avec bilan sanguin complémentaire.

Toujours réévaluer le traitement et adapter au mieux l'environnement, si les malades l'acceptent.

Q6

IDE pour surveiller le patient sur les risques de la chute.

Le MKDE pour favoriser la marche et l'équilibre.

Je propose l'ergothérapeute si les patients peuvent le payer et acceptent de modifier leur environnement après le bilan.

Q7

Non.

Q8

Oui. Ils possèdent un appareillage à la pointe (lit au sol), sont plus vigilant avec leurs équipes très présentes, et peuvent aller jusqu'à la contention.

Q9

On a énormément de conduite à risque chez les sujets qui sont certes âgés mais qui n'acceptent pas ou veulent pas montrer leurs limites, et qui par une conduite à risque chutent toujours autant. Le changement est difficile quel que soit l'âge mais il l'est encore plus chez les sujets âgés, et ils ne mettent pas en application les conseils qu'on leur donne.

Q10

Non.

Entretien M32 :

Q1

Alors j'ai 54 ans, je me suis installé en 1995, j'ai un DU de Virologie-parasitologie, mon activité principale est la médecine générale (cabinet et domicile). Deux demi-journées par semaine, je réalise des consultations spécialisées à l'Hôpital (consultation infection à VIH).

Q2

C'est à prévenir absolument, car c'est un grand problème de santé publique et les complications occasionnent des coups énormes en termes de dépense de soins.

Q3

1 par mois au moins.

Q4

iatrogénie, Environnement et l'isolement.

Q5

Non. Personnellement je vais avoir deux types de chuteur, le débutant, pour lequel je vais faire un bilan axé sur l'étiologie de la chute, basée sur l'interrogatoire et l'examen clinique. Deuxièmement le chuteur répété qui lui sera adressé en hospitalisation pour un bilan de chute complet. Dans tous les cas j'éduque mes patients à faire attention dans leurs déplacements, j'adapte l'environnement du domicile et essaie d'alléger l'ordonnance, mais ce n'est pas toujours accepté. Et en prévention de la complication je mets une télé alarme.

Q6

IDE pour le pilulier, l'aide à la toilette.

Le MKDE pour la marche et l'équilibre, musculation.

La famille est un atout majeur pour améliorer le domicile et faire passer les idées de prévention, les patients adhèrent plus aux conseils lorsqu'ils sont répétés par les malades. Je demande dans l'idéal un bilan par un ergothérapeute. Je regrette le peu d'utilisation des services des ergothérapeutes, par manque de remboursement.

Q7

Oui, plus de présence, moins de risque de chute.

Q8

Non, j'essaie de ne pas les placer en structures. Pour la simple et bonne raison que je n'ai aucune expérience des EHPAD, j'ai passé la main pour la seule de mes patientes qui a été placée en EHPAD par sa famille.

Q9

On ne peut pas agir sur tous les facteurs en prévention, et la chute étant une résultante de tous les facteurs de risques, c'est difficile d'être efficace à 100%. On agit trop en prévention secondaire dans notre pays. La difficulté de la prévention c'est que la plupart des chutes sont d'origine accidentelle, sur de la maladresse.

Q10

Oui.

Entretien M33 :

Q1

J'ai 31 ans, je suis installée en médecine générale depuis 2014, en Cabinet et en visite à domicile. J'ai une activité à la maison d'accueil santé (jeunes polyhandicapés), et j'ai un DU de Gynécologie obstétrique pour le médecin généraliste.

Q2

C'est très fréquent et lourd de conséquences. Mais c'est tellement poly-factoriel que je pense que nous devrions faire plus de prévention sur les conséquences de la chute car la chute me semble à un moment donné dans la vie des sujets âgés, inévitable. J'admets être fataliste dans certains cas où j'ai beau faire énormément de prévention, ça ne suffit pas.

Q3

1 par mois au moins.

Q4

Troubles neurologiques, dénutrition, iatrogénie.

Q5

Non je ne les connais pas.

Je vais axer ma prévention chez un patient chuteur sur certains points systématiques : nutrition, bilan neurologique, revoir l'ordonnance, évaluer et réaménager le domicile, conseils adaptés pour éviter de tomber en se levant la nuit sans allumer la lumière par exemple. Sans oublier un bon chaussage et l'appareillage pour la marche.

Q6

IDE pour le pilulier, l'aide à la toilette. Le MKDE pour la marche et l'équilibre, musculation.

Q7

Oui, plus d'intervenant, plus de vigilance.

Q8

Oui. Sur l'environnement, la présence de personnel qualifié 24h/24, et la possibilité d'utiliser des contentions temporairement le temps de rééquilibrer un traitement.

Q9

Il y a des maladies neurologiques dégénératives qui une fois installées entraîneront forcément la chute. On ne peut pas aujourd'hui prévenir une maladie de Parkinson par exemple, qui une fois installée entraînera forcément une chute quelle que soit la prévention. Un autre problème se pose aux généralistes, les patients ne veulent pas appliquer la prévention de la chute qu'ils jugent parfois trop restrictive, et ont l'impression d'être infantilisé lorsqu'on leur dit de faire attention.

Et puis il y a également des choses que j'oublie, avec tous les facteurs de risque c'est difficile aujourd'hui d'être exhaustif pour tous les malades.

Q10

Non, c'est beaucoup trop compliqué sur une seule consultation de tout prévenir et programmer en médecine générale, je pense qu'on devrait tous s'orienter vers des hôpitaux de jours gériatrique de prévention, avec un bon suivi.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Résumé

Introduction : La chute des sujets âgés est un problème de santé publique majeur en France. Première cause de mortalité par accident de la vie courante, elle entraîne également de nombreuses complications ainsi qu'une importante perte d'autonomie. L'objectif principal de cette étude est de dresser un état des lieux des stratégies de prévention de la chute des plus de 65 ans mises en place au domicile par les médecins généralistes marseillais.

Matériel : Nous avons conduit une étude qualitative par saturation de données via 33 entretiens semi dirigés conduits auprès de médecins généralistes installés dans le 8^e arrondissement de Marseille.

Résultats : Nous avons observé 2 types de prise en charge : 57,5% qui réalisent un bilan d'organes systématique, plus ou moins guidé par la clinique, et 42,5% qui conditionnent la réalisation de ce bilan selon une option prédéfinie. Parmi ces options on retrouve le caractère de la chute (24,5%), son origine (6%), la graduation du risque selon la HAS (3%) ou encore l'état général du chuteur (9%).

94% vont agir sur l'environnement, 79% tentent de modifier voire de retirer certains traitements pourvoyeurs de chute, 100% sollicitent une aide humaine (MKDE 97%, IDE 91%, Familles 51,5%).

Conclusion : Qu'elles soient ou ne soient pas conditionnées par l'état du malade ou le caractère de sa chute, les stratégies des généralistes suivent un schéma assez similaire.

Face à l'importance du problème de la chute, et malgré des stratégies préventives bien définies, les médecins sont en majeure partie demandeurs d'un bilan standardisé, synthétique et préventif de la chute qui pourrait guider leur pratique.

Mots clés : Médecine générale - personne âgées - chutes - perte d'autonomie - stratégie préventive - Marseille - enquête qualitative