



HAL
open science

Connaissances des personnes âgées de 75 ans et plus, non institutionnalisées, sur les facteurs de risque, les conséquences, les moyens de prévention des chutes et rôle attendu du médecin traitant

Joséphine Carette

► To cite this version:

Joséphine Carette. Connaissances des personnes âgées de 75 ans et plus, non institutionnalisées, sur les facteurs de risque, les conséquences, les moyens de prévention des chutes et rôle attendu du médecin traitant. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01920822

HAL Id: dumas-01920822

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01920822v1>

Submitted on 13 Nov 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.

THESE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLÔME D'ETAT)
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 11/10/2017
PAR
Joséphine CARETTE

Sujet de la thèse :

**Connaissances des personnes âgées de 75 ans et plus,
non institutionnalisées, sur les facteurs de risque, les
conséquences, les moyens de prévention des chutes et
rôle attendu du médecin traitant.**

Devant le jury composé de :

PRESIDENT DU JURY :

Mr le Pr Patrice FARDELLONE

MEMBRES DU JURY :

Mr le Pr Eric HAVET

Mr le Pr Marcel PELTIER

DIRECTEUR DE THESE :

Mme le Dr Emilie LEBRETON

A mon président de Jury,

Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

Professeur des Universités-Patricien Hospitalier

(Rhumatologie)

Chef du service de Rhumatologie

Pôle « Autonomie »

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse .

Merci de m'avoir donné de votre temps.

La valeur de votre jugement est considérable à mes yeux.

Soyez assuré, Monsieur le Professeur, de mon profond respect et de toute ma reconnaissance.

A mes juges,

Monsieur le Professeur Eric HAVET

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

Anatomie

Assesseur du Premier Cycle

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de vous intéresser à ce travail.

Recevez tous mes remerciements et le témoignage de toute ma considération.

Monsieur le Professeur Marcel PELTIER

Professeur des Universités-Praticien hospitalier

(Thérapeute)

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de juger mon travail.

Soyez assuré, Monsieur le Professeur, de mon profond respect.

A ma directrice de thèse,

Madame le Docteur Emilie LEBRETON

Praticien Hospitalier

Gériatre

Tu m'as fait l'honneur de diriger cette thèse,

*Je te remercie pour ta disponibilité, ton soutien et ton investissement lors de l'élaboration de
ce travail.*

Je te suis très sincèrement reconnaissante et te témoigne tout mon respect.

A Louis,
Cela fait 8 ans que tu es à mes côtés,
Je te remercie pour tout ce que tu m'apportes,
Il nous reste tant de choses à partager et tellement de pays à découvrir !
Tu as tout mon amour.

A mes parents,
Merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir soutenue,
Je sais que je peux compter sur vous,
Vous êtes des parents formidables,
Je vous suis infiniment reconnaissante.

A François,
Je suis chanceuse de t'avoir;
Et très fière de toi,
Tu seras toujours ma Bikette !

A mes grands parents,
Merci Pépé et Mémé d'avoir toujours été là pour moi,
De m'avoir transmis votre passion pour les voyages,
Et pour tous ces merveilleux moments passés avec vous.
Merci Mamie de toujours penser à moi quand tu tricotes !

A Papi Christian, parti bien trop tôt.

A Lili et Mémé Vovo qui ont accompagné mon enfance.

A ma belle famille,

*Odile, Elodie, Cyrille, Jeanne, Suzanne et Christian pour votre accueil chaleureux au sein de
votre famille.*

A Guy, qui veille sur nous.

A Sophie, ma belle belle-soeur.

A mes oncles et tantes,

A tata Brigitte, mon équipière préférée en canoë !

A mes cousins et cousines,

A Caroline, nous avons tant de souvenirs !

A Juliette, pour ton soutien en première année et tout ces bons moments passés ensemble.

A mes amis,

A Céline, tu es toujours à mes côtés depuis toutes ces années.

A Ion, pour toutes ces soirées, ces goûters, ces séances de course à pied !

A Matthieu, Elo, David, finalement toutes ces années d'études sont passées vites à vos côtés !

A mes chatons,

Lilas, Minnie et Minus pour m'avoir tenu compagnie durant la rédaction de ce travail !

Aux médecins que je remplace,

A Béa, merci pour ta confiance et ta gentillesse.

A Filipe et au Dr Koch.

Aux patients de cette étude,

pour avoir bien voulu répondre à mes questions et me donner de leur temps.

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS	15
INTRODUCTION	16
METHODE	18
1. Présentation de l'étude	18
2. Population étudiée	18
3. Recrutement	18
4. Entretiens	19
5. Analyse	19
RESULTATS	20
1. Facteurs de risque des chutes	20
A. Facteurs extrinsèques	20
a. Facteurs environnementaux	20
b. Facteurs comportementaux	22
B. Facteurs intrinsèques	23
2. Conséquences des chutes	25
A. Conséquences médicales	25
a. Les fractures	25
b. Les traumatismes sans fracture	25
B. Conséquences psychosociales	27
3. Moyens de prévention des chutes	28
A. Facteurs intrinsèques	28
B. Facteurs comportementaux	28
C. Facteurs environnementaux	29
4. Rôle attendu du médecin traitant dans la prévention des chutes	32
A. La chute : une fatalité	32
B. Facteurs intrinsèques	33
C. Facteurs comportementaux	34
D. Facteurs environnementaux	34

DISCUSSION	35
1. Forces de l'étude	35
A. Le choix du sujet et de la population	35
B. Le choix de la méthode	35
C. La réalisation des entretiens	36
2. Limites de l'étude	36
A. Les biais liés à la population	36
B. Les biais liés au choix de la méthode	37
3. Discussion des principaux résultats	38
A. Vérification des hypothèses de départ	38
a. 1ère hypothèse	38
b. 2ème hypothèse	39
B. Les données de la littérature	39
a. Méconnaissances et chute banalisée	39
b. La prévention de la chute	40
c. Les conséquences des chutes	42
d. Rôle du médecin généraliste	43
C. Pistes d'amélioration	45
CONCLUSION	48
BIBLIOGRAPHIE	49
ANNEXES	54
Annexe 1 : Le script d'entretien	54
Annexe 2 : Tests de dépistage	55
Annexe 3 : Echelle de Katz	56
Annexe 4 : Schéma « technique pour se relever du sol »	57
RESUME	60

ABREVIATIONS

ALD : affection longue durée

CH : centre hospitalier

CHRU : centre hospitalier régional universitaire

CHU : centre hospitalier universitaire

GHT : groupement hospitalier de territoire

GP : general practitioner (médecin généraliste)

HAS : haute autorité de santé

INPES : institut national de prévention de d'éducation pour la santé

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale

MT : médecin traitant

INTRODUCTION

La chute accidentelle se définit comme le fait de tomber au sol de manière inopinée, non contrôlée par la volonté [1]. On estime qu'environ un tiers des personnes âgées de 65 ans et plus, vivant à domicile chutent chaque année [2]. C'est un problème de santé publique qui offre tous les critères de référence pour une action de prévention systématique : forte prévalence et forte morbi-mortalité, mais aussi mesures de prévention possibles.

Les chutes des aînés engendrent un nombre conséquent d'hospitalisations. En effet, elles représentent chaque année, 1,25% des hospitalisations et 0,09% des décès, avec un taux de mortalité qui s'accroît avec l'âge [1]. Environ 9000 décès de personnes âgées de plus de 65 ans sont associés chaque année en France à une chute [1].

De plus, les conséquences physiques et psychologiques d'une chute peuvent être importantes : diminution de la mobilité, perte de confiance en soi, désadaptation psychomotrice secondaire au syndrome post-chute, limitation des activités quotidiennes, déclin des activités fonctionnelles, mise en péril du maintien à domicile et institutionnalisation [2].

Elles entraînent des dépenses considérables, leur coût médical a été estimé à 2 milliards d'euros par an [3].

Les facteurs à l'origine des chutes sont multiples; les facteurs intrinsèques : l'état de santé de la personne (pathologies aiguës ou chroniques), la prise de médicaments, et les facteurs extrinsèques : son environnement (au domicile et à l'extérieur), ses comportements (alimentation, prise de risque, peur de tomber) [2].

La prévention des chutes a donc pour but de réduire le nombre d'hospitalisations et de limiter la perte d'autonomie fonctionnelle. Il est relativement aisé, en libéral, d'identifier les personnes âgées à risque de chute et de leur proposer des stratégies de réduction du risque. Les interventions de prévention impliquent plusieurs intervenants du secteur sanitaire (médecin, pharmacien, infirmier, aide-soignant...) et du secteur médico-social (aide à domicile, assistant social...) [2].

Devant une population française vieillissante dont les habitants âgés de 75 ans ou plus, représentaient près d'un habitant sur dix au 1^{er} janvier 2016 [4], et sachant qu'une personne de plus de 65 ans sur 3 et une personne de plus de 85 ans sur 2 tombent chaque année [5], il est légitime de se demander quelles sont les connaissances de ces personnes âgées sur les chutes. Les facteurs de risque de chute, les conséquences, les moyens de prévention sont-ils connus des patients ?

La population la plus concernée par les chutes répétées étant les plus de 75 ans, c'est cette population qui sera étudiée ici.

De plus, le médecin généraliste est considéré comme le praticien de 1^{er} recours, mais qu'en est-il concernant les chutes ? Seules 10% des chutes survenant chaque année chez les aînés seraient signalées à un médecin [2]. Alors qu'attendent-ils de leur médecin traitant ?

Voici les hypothèses qui ont permis de débiter cette étude :

- Les personnes de 75 ans et plus méconnaissent les facteurs de risque de chute, leurs conséquences et leurs moyens de prévention.
- Le rôle du médecin traitant dans la prévention des chutes est méconnu des personnes âgées.

Les objectifs de cette étude sont donc de vérifier ces hypothèses, de faire l'état des lieux des connaissances des personnes âgées de 75 ans et plus, non institutionnalisées, sur les facteurs de risque, les conséquences et les moyens de prévention des chutes et d'identifier le rôle attendu du médecin traitant dans l'évaluation du risque de chute et dans sa prévention. Elle propose également de formuler des idées, afin de mieux prendre en charge les patients chuteurs et de pouvoir donner lors des consultations et des visites en médecine générale, quelques conseils de prévention.

METHODE

1. Présentation de l'étude

Nous sommes parties de l'hypothèse que les personnes âgées méconnaissent les facteurs de risque de chute ainsi que leurs conséquences et leurs moyens de prévention. Elles peuvent attendre de leur médecin traitant, une évaluation de ces facteurs de risque et la mise en place de moyens de prévention primaires et secondaires.

La méthode utilisée pour satisfaire l'objectif défini précédemment est qualitative, ce qui nous a semblé plus pertinent pour permettre aux personnes interrogées d'exprimer librement leurs avis, leurs craintes, leurs questions sur les chutes.

2. Population étudiée

La population ciblée était les personnes âgées de 75 ans ou plus, et vivant encore au domicile, dans la Somme.

Etaient exclues les personnes vivant en institution et les personnes présentant des troubles cognitifs empêchant d'avoir des entretiens corrects et fiables.

3. Recrutement

Le recrutement s'est effectué lors de mes remplacements en médecine générale dans la Somme, dans les communes de Saint Riquier, L'Etoile et Querrieu, soit au cours des consultations sur rendez-vous, soit lors des visites à domicile. Pour faciliter la participation et recueillir le maximum de données, la majorité des personnes interrogées m'avaient déjà consultée lors de précédents remplacements.

4. Entretiens

Le recueil des données a été effectué par des entretiens individuels semi-dirigés, de façon anonyme, après explication des conditions de l'étude.

Les entretiens se sont donc déroulés au sein du cabinet du médecin remplacé ou directement au domicile des personnes interrogées. Ils ont été menés entre juin 2015 et avril 2017. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et retranscrits littéralement dans le logiciel de traitement de texte Pages d'Apple, en veillant à ce qu'ils soient anonymes. Certaines parties considérées comme étant hors sujet ont été supprimées. Ont également été supprimés tous les éléments qui paraissaient susceptibles de rendre identifiables les participants (nom, lieu d'habitation, nom du médecin traitant...).

Chaque entretien était réalisé sur la base d'un questionnaire qui comprenait 4 questions, les questions étaient volontairement très ouvertes et permettaient de guider les entretiens. Ceux-ci prenaient fin lorsque le patient n'avait plus de réponses ou précisions à apporter.

De nouveaux entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des informations recueillies.

5. Analyse

La première étape dans l'analyse des données d'une étude qualitative est la retranscription des entretiens. Elle se fait sous forme de verbatim, par compte rendu intégral, mot pour mot, de chaque entretien. La transcription permet de représenter sous forme écrite les données orales des interrogés, afin de s'approprier leurs propos et de pouvoir ensuite les analyser.

L'analyse des entretiens s'est faite de manière déductive après revue de la littérature, les recommandations de l'HAS m'ont guidé tout au long de ce travail et m'ont permis d'identifier les thèmes à repérer.

Les entretiens ont été interrompus lorsque plus aucun nouveau thème n'a été trouvé.

RESULTATS

14 entretiens ont été réalisés, 7 lors de visites à domicile et 7 lors de consultations au cabinet. Ils ont été menés entre le 16 juin 2015 et le 12 avril 2017.

Sur les 14 personnes interrogées, 11 sont des femmes, 3 des hommes.

L'âge moyen est de 80,5 ans, la personne la plus âgée avait 89 ans, la plus jeune 75 ans. La médiane des âges est à 79,5 ans.

La durée moyenne des entretiens est de 8 minutes et 58 secondes, l'entretien le plus long a duré 15 minutes et 2 secondes, le plus court 2 minutes et 51 secondes.

1. Facteurs de risque des chutes

A. Facteurs extrinsèques

a. Facteurs environnementaux

L'environnement des personnes âgées est bien sûr l'élément qui ressort le plus fréquemment lors des interrogatoires et souvent en premier lieu. Ainsi la majorité des interrogés a cité les escaliers ou les marches comme pouvant être source de chutes.

« Et les marches aussi, des fois dans l'escalier... on peut glisser ! » (entretien n°5)

« Je n'ai pas d'escalier mais j'ai une marche pour descendre dans ma cuisine » (entretien n°6)

« Surtout que euh... les marches, elles sont pas régulières, vous savez, on croit poser et puis hop ! » (entretien n°11)

Les tapis ont également été identifiés par la quasi moitié des participants.

« Faire attention aux tapis, quand il y a des tapis... Pas buter dans les tapis, c'est important ça ! » (entretien n°10)

« Euh... En se levant si la descente de lit elle part euh... On peut tomber aussi comme ça hein ! » (entretien n° 11)

« Oh déjà supprimer les tapis ! (rire) » (entretien n° 7)

De même le parquet ciré/le carrelage glissant et le verglas/le gel/les surfaces mouillées ont été retenus comme facteurs de risque par quelques-uns.

« Il faut faire attention vous savez, on peut facilement glisser sur un carrelage, ça arrive ! » (entretien n°4)

« Ca m'est arrivé quelques fois (de chuter), une fois dans la salle de bain mais j'avais mis mes pieds mouillés sur le carrelage » (entretien n° 14)

« Il y avait pas grand chose, juste une petite plaque de verglas... mais je l'ai pas vu et j'ai glissé dessus... » (entretien n°6)

Les animaux domestiques ont aussi été identifiés comme pouvant être à l'origine de chute, notamment par ceux qui en possédaient.

« Une fois il y a Canaille (le chat), je me suis tapée dans elle, parce que moi je sortais pour aller dans la cour et puis elle, elle est pressée d'aller dans la cour donc elle a passé entre mes jambes » (entretien n°6)

« Le chien de ma fille, je l'ai récupéré et elle se met dans nos jambes et elle bouge pas !!! Ou elle me suit pas à pas et ça... » (entretien n°10)

Près de 2/3 des personnes ont mentionné un obstacle non identifié, au sol, comme pouvant occasionner une chute.

« Buter contre quelque chose... » (entretien n° 7)

« Euh... m'enchper dans quelque chose... » (entretien n°8)

La douche ou la baignoire ont aussi été citées.

« La toilette ça me travaille beaucoup aussi... Je prends encore des douches, mais en sortant de la douche, j'ai toujours peur de tomber... et de pas me relever... » (entretien n°2)

« Evidemment moi j'ai une baignoire alors euh... » (entretien n°1)

Un mauvais chaussage a pu occasionner une chute.

« Je suis tombée en bas d'une échelle hein ! Parce que j'avais des chaussures pas fermées ! Alors là il m'a dit (son MT) « si vous faites vos carreaux mettez des chaussures fermées ! ». Je

l'ai écouté, je mets des chaussures fermées maintenant, je mets plus de chaussures ouvertes ! » (entretien n°12)

De même qu'une canne usée a entraîné plusieurs glissades.

« J'ai une canne tripode là, mais avant j'avais une autre canne et le caoutchouc était usé certainement et ... le caoutchouc ici (me montre le bout de sa canne) et ça a glissé donc je m'en sers plus, mais j'ai glissé plusieurs fois avec ! » (entretien n°10)

Les aléas climatiques ont été mentionnés.

« Mais des fois le vent... Une fois on a eu une tornade ! Mais la maison a résisté ! » (entretien n° 2)

b. Facteurs comportementaux

Les facteurs de risque comportementaux ont aussi été identifiés, le fait de monter sur une chaise/une échelle/un escabeau a été mentionné par plus d'un tiers des interrogés.

« Oh une fois, mais c'est de ma faute... Je, ce qu'il ne faut pas faire, je suis montée sur une chaise et manque de chance c'était une chaise en plastique et vous savez, elle a cédé et j'ai passé la jambe au travers... » (entretien n°7)

« Bah ouais je le faisais encore ! (monter sur un escabeau) Non mais vous savez quand il a fallu changer les ampoules euh... basse consommation » (entretien n°11)

« Ce matin je suis montée sur une chaise parce qu'un rideau était décroché, et j'avais mis un tabouret sur une chaise mais je me suis dit ça va pas ! Alors je suis allée chercher ma petite échelle mais ça n'allait pas encore alors j'ai mis mon tabouret dessus et j'ai eu peur que ça glisse... » (entretien n°12)

Certains m'ont aussi confié que vouloir aller trop vite/se presser/courir pouvait les faire chuter.

« On peut éviter de courir. Parce qu'à nos âges, courir c'est pas évident ! » (entretien n°7)

« Oui, bon une fois (...), c'est parce que j'ai voulu aller trop vite euh... (...) je me suis précipitée (...) j'ai pas pris ma canne et le temps que j'arrive, j'étais partie à la renverse ! » (entretien n°10)

« *Faut pas aller trop vite, faut marcher doucement alors ça c'est pas mon cas !* » (entretien n°12)

Quelques-uns m'ont cité le manque d'attention.

« *Ne pas faire attention... euh... sortir pour aller à un endroit bien précis... en suivant son idée... sans voir ce qu'il se passe...* » (entretien n°1)

B. Facteurs intrinsèques

L'âge, la vieillesse sont des facteurs qui m'ont souvent été rapportés.

« *Je peux tomber... mais bon on se dit que c'est l'âge, tant qu'on est sur ses deux jambes et qu'on peut sortir...* » (entretien n°9)

« *Quand on est jeune on a des réflexes mais après...* » (entretien n° 12)

« *Parce qu'à notre âge, on peut se casser le col du fémur et tout le bazar !* » (entretien n°13)

Plus d'un tiers des personnes interrogées m'a signalé que des vertiges ou des étourdissements pouvaient ou les avaient déjà fait chuter.

« *A un moment j'ai... c'est pas vraiment des vertiges mais alors... ça fait un moment que l'oreille droite, elle marche presque plus, parce que j'ai eu des vertiges de Ménière* » (entretien n°14)

De même que le manque d'équilibre est un élément qui est souvent revenu au cours des entretiens.

« *Parce que vous êtes plus pareil qu'avant...un gros coup de vent, oui un gros coup de vent peut vous faire tomber... vous voyez, on tient plus l'équilibre pareil comme avant!* » (entretien n°2)

« *Le manque d'équilibre, euh... En vieillissant je me rends compte que je manque d'équilibre, euh... Pour descendre un escalier, si j'ai pas une rampe euh... faut faire attention, je vais tomber quoi !* » (entretien n°9)

« *Parce que le manque d'équilibre c'est vraiment ça le problème qui me fait peur !* » (entretien n° 9)

Faire un malaise a été identifié comme facteur de risque par quelques personnes.

« Après ma chute dans la salle de bain, je suis allée chez le cardiologue et en y allant j'ai fait un malaise dans la salle d'attente, il m'a envoyé à l'hôpital ! (rire) » (entretien n°14)

Quelques personnes ont pensé à mentionner les problèmes articulaires comme pathologies pouvant les faire tomber.

« Ma hanche, elle commence à être très abimée hein ! (...) Et des fois c'est la hanche qui lâche, on le sent hein, ça part d'un seul coup ! » (entretien n° 10)

La peur de tomber, le manque d'assurance ont été évoqués.

« Qu'est ce qui peut me faire chuter ? Ben... euh... Comment est ce que je vais vous expliquer ça... Un manque d'assurance ! (...) Euh vous savez quand je fais quelque chose, je ne pense pas euh... mais au départ il y a un petit manque d'assurance ! J'ai 88 ans quand même hein ! » (entretien n° 12)

« Oh oui, non je pourrais pas y aller toute seule... (...) Oh j'aurais peur de tomber ! » (entretien n° 13)

« Je vous dis, moi je... Je suis arrivée que j'ai toujours peur de tomber alors quand je marche, je regarde souvent mes pieds parce que euh... » (entretien n° 9)

Les effets secondaires des médicaments n'ont été désignés qu'une seule fois comme pouvant être vecteurs de chute.

« Et y a des gens qui prennent des... comment... des somnifères et qui se lèvent la nuit ! (...) Et qui sont plus euh... c'est mon cas aussi, on est un peu endormi et... » (entretien n°10)

Une personne également m'a rapporté la douleur.

« Bah moi j'ai déjà mal à mes jambes... » (entretien n°13)

Une autre la fatigue.

« Plus on est fatigué, plus on en a, ça c'est sûr... » (entretien n°9)

2. Conséquences des chutes

A. Conséquences médicales

a. Les fractures

Les fractures sont les conséquences des chutes qui m'ont été citées en premier lieu par la quasi totalité des interrogés. La fracture du col du fémur est celle qui m'a été rapportée le plus souvent.

« Ca peut-être une fracture qui peut entrainer autre chose, le col du fémur qui dans 90% des cas signe l'acte de décès certainement ? » (entretien n°1)

« Ah bah déjà de se casser quelque chose, le col du fémur ou un bras enfin je sais pas... » (entretien n° 7)

« Je dis toujours pourvu que je tombe pas et que je me casse le col du fémur... » (entretien n°13)

Ont également été mentionnées les fractures du membre supérieur, du crâne, du nez, des côtes, des vertèbres et du coccyx.

« Bah... On risque de se faire une fracture à la tête, ou aux côtes comme moi » (entretien n°3)

« Euh... Le bras cassé, euh... la clavicule... genou, tibia... » (entretien n° 6)

« Des fractures !!! Fracture du bras, fracture... partout ! Et le coccyx ! Quand on tombe à l'arrière... et la tête aussi... ou les vertèbres ! » (entretien n° 10)

b. Les traumatismes sans fracture

Les hématomes/ecchymoses sont une des conséquences qui est fréquemment revenue dans les réponses.

« Ca peut-être d'un petit hématome à une paralysie » (entretien n°1)

« Et j'avais de la couleur hein ! Le visage bien noir, les jambes bien noires ! » (entretien n° 10)

« Ah oui j'avais des bleus quand même ! Mais bon... » (entretien n°14)

Le fait de rester au sol sans pouvoir se relever a aussi souvent été identifié comme conséquence d'une chute.

« J'ai peur de tomber... et de pas me relever... » (entretien n° 2)

« Il était de tout son long comme moi... Alors on se tourne de droite à gauche pour essayer de se relever mais lui il y est pas arrivé... Oh non, il y est pas arrivé, il avait 83 ans et il avait déjà sa maladie... » (entretien n°4)

« Je sors de la chambre et vlan ! Et d'un coup hein, je l'ai pas vu arriver hein ! Impossible de me relever, c'est l'infirmière (...), c'est elle qui m'a remonté sur une chaise » (entretien n°8)

Ont été rapportées par plusieurs personnes les plaies de membres ou du crâne.

« Se faire une plaie aussi, on peut s'ouvrir en plus des fractures » (entretien n° 7)

« Ca saignait un petit peu, une petite coupure et oui ça saignait... J'avais du sang plein les cheveux, plein les mains ! » (entretien n° 10)

« Oui, oui mais c'était plus éraflé que ouvert, si avait été très ouvert je serais allée aux urgences mais là... » (entretien n° 12)

Quelques personnes ont évoqué les traumatismes crâniens.

« Hum, un coup à sa tête aussi on peut avoir » (entretien n°6)

« Et la tête euh... Comment ça s'appelle la tête euh... quand on tombe dessus euh... traumatisme ? » (entretien n°10)

De même que la mort a été mentionnée par quelques participants.

« Parce que les personnes âgées euh... Elles ont du mal avec le col du fémur... (...) Il y en a qui reviennent plus... moi j'en ai connu... qui décèdent... » (entretien n°13)

« Surtout le col du fémur, qui va entrainer euh... des choses très graves hein ? (...) Bah ça peut aller jusqu'à la mort... » (entretien n°14)

Plusieurs personnes ont pensé aux hémorragies.

« J'avais perdu un sang du diable, ils ont été obligés de me remettre du sang tellement j'en avais perdu, j'étais bien esquiné ! » (entretien n°8)

« La deuxième fois (...) oh là là, j'avais du sang partout, il y avait une flaque de sang dans ma chambre hein euh... parce que je prends du préviscan donc euh... » (entretien n°10)

D'autres ont identifié la paralysie.

« *Qu'est ce qu'on risque ? On peut... comment que c'est... Etre paralysé dans une t'chiote voiture... » (entretien n° 2)*

Ou encore les entorses comme dans l'entretien n°11.

Et enfin, la perte de connaissance a été évoquée.

« *Avoir une syncope aussi. Perte de connaissance, enfin syncope c'est pareil... » (entretien n°7)*

B. Conséquences psychosociales

Plusieurs participants m'ont rapporté le fait de devoir être hospitalisés suite à une chute.

« *Et ça m'a coûté une semaine d'hôpital ! » (entretien n°8)*

« *Je suis restée la nuit là bas la première fois (à l'hôpital) » (entretien n°10)*

« *Bah oui, c'est lui qui est venu (son MT) et qui m'a envoyé à l'hôpital ! » (entretien n°13)*

Quelques uns ont évoqué l'institutionnalisation consécutive à une chute.

« *Pas à ma fille, elle va rouspéter c'est sûr, je lui dirai pas (pour sa chute)! (...) Là ma fille, elle veut que j'aille dans une maison... » (entretien n°12)*

« *Il y en a qui reviennent plus... » (entretien n°13)*

D'autres la perte d'autonomie.

« *Si on tombe sur la tête et qu'il y a un hématome, je sais pas si on se remet de ça... Un membre qui se remet plus euh... qui nécessite une béquille ou une je sais pas quoi voire même un déambulateur... » (entretien n° 1)*

Ou la peur de chuter à nouveau.

« *J'ai toujours peur de tomber... » (entretien n° 2)*

« *Je suis arrivée que j'ai toujours peur de tomber (...) C'est un peu un stress, c'est un peu... » (entretien n° 9)*

3. Moyens de prévention des chutes

A. Facteurs intrinsèques

Pour prévenir une chute, quelques participants ont évoqué la modification de facteurs intrinsèques comme la supplémentation en calcium.

« Si on se pète un os, c'est de prendre du calcium ! (...) Prendre du calcium ça diminue, enfin ça diminue pas le risque mais ça diminue la conséquence... » (entretien n° 1)

Ou encore se faire opérer des hanches en cas d'arthrose évoluée.

« Bah déjà se faire opérer hein !!! (...) Oui pour mon arthrose quoi » (entretien n° 10)

Et enfin garder de la souplesse.

« Donc il faut être prudent avec l'âge... (...) Et garder un peu de souplesse, faire de l'exercice » (entretien n° 4)

B. Facteurs comportementaux

Modifier ses comportements est un élément important dans la prévention des chutes de la personne âgée. De nombreux participants ont mentionné le fait de faire attention, comme bon moyen pour éviter une chute.

« Oh ! Il faut faire très attention, trèèèèès attention ! Parce que vous êtes plus pareil qu'avant... » (entretien n°2)

« Moi je dis, toujours faire attention, c'est toujours faire attention, quitte à prendre euh... un bâton » (entretien n°4)

« Faire attention principalement, il suffit d'un moment d'inattention et on peut se taper dans quelque chose hein... » (entretien n°5)

« Surtout faire attention mais vous savez moi, c'est quand je fais attention qu'il m'arrive une tuile ! » (entretien n° 8)

Certains m'ont aussi rapporté qu'il ne valait mieux pas monter sur une chaise ou un escabeau.

« Et surtout, pas monter sur une chaise parce que moi... je l'ai pas dit à ma petite fille d'abord parce que je me serais faite attraper, j'ai... je suis en train de laver mes peintures et

la semaine dernière je suis montée sur une chaise, et ma chaise, elle était mal placée... » (entretien n° 6)

« Ce qu'il ne faut pas faire, je suis montée sur une chaise et manque de chance c'était une chaise en plastique et vous savez, elle a cédé » (entretien n° 7)

« Eviter de monter sur un escabeau. (...) Bon j'ai un escabeau à trois marches, vous savez ? Mais je me suis quand même fait disputer, m'enfin c'est passé... » (entretien n° 11)

Le fait de ne pas se presser, ne pas courir a été évoqué par quelques personnes.

« Le plus important je pense que c'est surtout... ne pas se presser et puis... prendre son temps » (entretien n° 1)

« Courir aussi ! On peut éviter de courir. Parce qu'à nos âges, courir c'est pas évident » (entretien n° 7)

« Faire attention, ne pas aller trop vite ! Euh quand on se précipite euh... » (entretien n° 10)

« Faut pas aller trop vite, faut marcher doucement, alors c'est pas mon cas ! » (entretien n° 12)

« Marcher à petits pas ! » (entretien n° 14)

C. Facteurs environnementaux

Ne pas utiliser les escaliers et/ou habiter une maison de plain-pied est le moyen de prévention qui a été le plus cité lors des entretiens.

« On vit au rez de chaussée nous, tandis que la fille, elle, elle a repris la ferme et faut monter les marches, c'est moins pratique... nous c'est de plain-pied » (entretien n° 2)

« Je vais les enlever les escaliers (...), oui j'ai pensé à ça, j'en ai plus besoin... On a une maison plain-pied... » (entretien n° 4)

« Eviter les escaliers, bon moi j'en ai pas mais bon pour celui qui en a » (entretien n° 6)

« Je descends pas à ma cave euh... surtout euh... que les marches, elles sont irrégulières... (...) Alors j'y descends pas » (entretien n° 11)

« Avant je dormais en haut mais maintenant je dors là (dans le salon) » (entretien n° 13)

L'idée de réaménager le domicile a été évoquée.

« Essayer d'aménager le mieux possible l'intérieur quoi... » (entretien n° 1)

« On peut faire des endroits qui soient bien placés, surtout pour les personnes âgées quoi » (entretien n° 6)

« Bouger les meubles... » (entretien n° 7)

Quelques personnes ont pensé au retrait des tapis.

« Supprimer les risques quoi... c'est à dire, bon, enlever les tapis » (entretien n° 1)

« Oh déjà supprimer les tapis ! (rire) » (entretien n° 7)

« Faire attention aux tapis, quand il y a des tapis, pas buter dans les tapis, c'est important ça ! Mais aux portes d'entrée il en faut quand même hein ! (rire) » (entretien n° 10)

De même que faire installer des poignées, des barres au domicile pour se tenir ou s'aider à se relever.

« Mais là par exemple, j'ai fait mettre la poignée, maintenant elle me rend bien service » (entretien n°1)

« On a mis des poignées dans les waters aussi... » (entretien n° 2)

« Il y a une barre à la douche et puis euh... aux toilettes aussi hein ! » (entretien n° 14)

Tout comme aménager les toilettes, avec un cadre par exemple, ou disposer d'une chaise percée.

« Aménager, oui c'est sûr, partout, dans les toilettes, partout, dans tous les endroits » (entretien n°1)

« Avoir des appuis, c'est pour ça que j'ai fait mettre euh... mon fils m'a installé dans les toilettes, pour me relever plus facilement, un cadre vous savez » (entretien n° 10)

« J'ai une chaise percée mais j'aime pas... Oh non... » (entretien n° 10)

« Pour me relever aux toilettes (...) j'ai aussi... je peux mettre un rehausseur » (entretien n° 14)

Ou préférer la douche à la baignoire.

« Par exemple, moi si j'avais le courage de faire casser la baignoire... » (entretien n°1)

Plusieurs ont mentionné l'utilité d'une canne ou d'un déambulateur.

« Bah oui, vous voyez j'ai déjà prévu tout ça, j'ai une maison de plain-pied et si des fois je serais mal pris, j'aurais un p'tit chariot et j'pourrais 'cor voyager ! » (entretien n° 2)

« Prendre une canne, un bâton... peu importe ce qui se présente là, on le prend pour s'aider » (entretien n° 4)

« C'est plus stable une canne comme ça (canne tripode) ! Mais faut bien la poser bien droite par terre, oui, bien la poser quand on marche. Ou sinon bah c'est prendre un déambulateur... » (entretien n° 10)

Porter des chaussures adaptées a été cité.

« Avoir des chaussures adaptées... » (entretien n° 1)

« Je mets des chaussures fermées, je mets plus de chaussures ouvertes ! » (entretien n° 12)

Bénéficier d'une aide humaine pour les tâches de la vie quotidienne m'a souvent été rapporté.

« Il y a quelqu'un qui vient nous soigner, une dame (...), c'est elle qui vient tous les jours et puis quand on est mal pris et ben elle nous fait un peu le travail » (entretien n° 2)

« Ma petite fille je lui dirai : « tu feras mes trucs en haut » » (entretien n° 6)

« Oui, bon moi j'ai pas de téléalarme mais j'en ai pas besoin, Philippe (son fils), il est toujours là ! » (entretien n° 10)

« Alors là, j'ai une femme de ménage 10 heures par mois par la MSA, je vais d'abord essayer de leur demander 2 heures de plus pour si j'ai besoin... » (entretien n° 14)

Enfin, quelques participants ont évoqué la téléalarme pour pouvoir avertir en cas de chute et ainsi tenter de limiter leurs conséquences.

« On va demander... on va avoir le machin pour prévenir... euh comment que c'est... » (entretien n° 2)

« Mes filles, elles m'ont rouspété et elles sont allées voir pour l'alarme. J'en avais un, c'était mignon, on aurait presque cru que c'était une petite montre mais ils m'ont changé, parce que cet appareil là ne marchait plus bien » (entretien n° 14)

4. Rôle attendu du médecin traitant dans la prévention des chutes

De façon très générale, plusieurs participants s'accordent à dire que leur médecin traitant peut leur donner des conseils et faire de la prévention afin d'éviter de tomber.

« Ben... A répéter les conseils... » (entretien n° 1)

« Me donner des conseils mais après je ne sais pas hein... (...) Non, je vois que me donner des conseils » (entretien n° 7)

« Bah surtout faire de la prévention... » (entretien n° 10)

A. La chute : une fatalité

Plusieurs participants m'ont répondu qu'ils ne voyaient pas quelle pouvait être la place de leur médecin généraliste dans la prévention des chutes, et voyaient le fait de chuter avec une certaine fatalité.

« Je ne sais pas hein... ce qu'il pourrait faire lui... C'est pas lui qui va déranger les meubles ! (rire) » (entretien n° 7)

« Lui euh j'sais pas hein ! Vous savez lui, qu'est ce que vous voulez qu'il fasse ? Hein ? Le docteur il peut pas faire grand chose pour m'éviter les chutes hein ! Je sais pas moi... Ah non là je sais pas moi... » (entretien n° 8)

« Qu'est ce qu'il peut faire ? Il peut pas m'interdire de faire des choses hein ? » (entretien n° 12)

« Il faut pas avoir peur, parce que si on a peur on fait plus rien ! (...) Le jour où je pourrai plus, je le ferai plus ! Ce matin je suis montée sur une chaise parce que le rideau était décroché » (entretien n° 12)

« C'est nous qui marchons, c'est à nous de faire attention ! (rire) » (entretien n° 13)

D'autres ne savaient pas comment pourrait intervenir leur médecin traitant.

« Euh... Oh, il est très gentil le Dr L. ... Je sais pas... » (entretien n° 2)

« Ben j'sais pas hein... (...) Je sais pas... » (entretien n° 3)

B. Facteurs intrinsèques

La modification des facteurs intrinsèques par le médecin traitant a été plusieurs fois évoquée avec notamment le fait de donner des médicaments contre l'ostéoporose.

« Prendre du calcium ! » (entretien n° 1)

« Euh, donner quelque chose pour fortifier les os peut être, non ? » (entretien n° 11)

« Oh bah euh... Non j'ai même pas de cachet pour les os... » (entretien n° 13)

Ou encore traiter les vertiges.

« Bah forcément, il faut le traitement approprié si on a des vertiges ! (...) parce que j'ai eu des vertiges de Ménière, alors je prends toujours pour hein » (entretien n° 14)

De façon plus générale : donner des médicaments pour éviter de tomber.

« Euh, je sais pas... Donner des comprimés pour éviter de tomber... » (entretien n° 5)

Soulager les douleurs avec une opération.

« Après elle peut pousser les gens à se faire opérer que ce soit euh... de la hanche ou d'autres choses... » (entretien n° 10)

On m'a indiqué que le médecin généraliste pouvait informer des effets secondaires des médicaments, notamment des somnifères et donc ne pas trop en prescrire.

« Pas prendre trop de somnifères !!! (rire) Elle m'a déjà dit que... ça pouvait m'engourdir que... faut plus me lever quand j'ai pris mon somnifère...(...) Que je peux être euh... un peu endormie quoi ! » (entretien n° 10)

« Prévenir de faire attention avec les somnifères, enfin plus attention... » (entretien n° 10)

Il a été évoqué aussi, la consultation chez le spécialiste comme moyen de prévention des chutes.

« Ah si, il m'avait demandé euh... (...) Si je voulais voir un neurologue, oui c'est ça, il m'a proposé... Bon si il faudrait, il faudrait... » (entretien n° 4)

C. Facteurs comportementaux

Le médecin traitant peut donner des conseils afin de modifier les comportements à risque de chute. Plusieurs participants ont ainsi indiqué qu'il pouvait leur dire de faire attention, sans plus de précision.

« Il m'a déjà dit de faire attention à moi » (entretien n° 8)

« Il m'a dit « Faites attention hein ! » » (entretien n° 14)

Ou encore conseiller de prendre son temps.

« Il peut me dire « Allez doucement Mme D. !!! » » (entretien n° 12)

D'éviter de monter sur une chaise ou un escabeau.

« Bah éviter qu'on... Qu'on monte sur une chaise, sur un escabeau » (entretien n° 6)

D. Facteurs environnementaux

Le rôle du médecin généraliste, dans la prévention des chutes, passe aussi par les conseils sur l'environnement de la personne âgée. Ainsi, il a été mentionné que le médecin traitant peut conseiller le port de chaussures adaptées.

« Il m'a dit « Si vous faites vos carreaux, mettez des chaussures fermées ! ». Je l'ai écouté, je mets des chaussures fermées maintenant, je mets plus de chaussures ouvertes ! » (entretien n° 12)

Ou encore préconiser l'installation d'une téléalarme.

« Oh il m'en avait déjà parlé lui (de la téléalarme), mais il sait que je suis têtue ! (rire) » (entretien n° 14)

DISCUSSION

1. Forces de l'étude

A. Le choix du sujet et de la population

Le choix du sujet s'est imposé lors de mon passage dans le service de soins de suite et réadaptation au centre hospitalier de Doullens, en dernier semestre d'internat. Avec le Docteur Lebreton nous étions quotidiennement confrontées aux conséquences que peuvent avoir les chutes chez les personnes âgées de même qu'aux chutes survenues dans le service. Je pense également que la chute de ma grand mère dans ses escaliers, occasionnant un tassement de vertèbre, m'a sensibilisée à ce sujet et poussée à réaliser ce travail.

Plus généralement, la chute est un véritable problème de santé publique du fait de sa fréquence et de sa forte morbi-mortalité. Chaque année en France, on dénombre plus de deux millions de chutes chez les personnes âgées [2]. Les conséquences sont souvent graves, entre 20 et 60% des chuteurs souffrent de traumatismes, 10% d'entre eux ont des traumatismes sévères [6]. Et malheureusement plus de 50% des chuteurs récidivent dans l'année alors que la plupart des chutes sont évitables : 1/4 à 1/2 des chutes sont imputables à des risques environnementaux.

B. Le choix de la méthode

Le choix de la méthode qualitative par entretien individuel semblait le plus approprié pour notre étude. Les études qualitatives concernant la chute sont rares, on trouve bien plus souvent des études quantitatives. Ici, la mesure n'est pas la priorité, on cherche à avoir un aperçu des modes de pensée, à mettre en évidence le raisonnement, le point de vue, le ressenti des personnes interrogées. Il faut pour cela, se défaire des idées préconçues, être objectif et laisser les participants s'exprimer sur le sujet, sans filtre.

Les entretiens individuels semblaient plus adaptés pour notre étude que les entretiens de groupe. Ils étaient aussi plus faciles à organiser. Ils permettaient aux personnes âgées de me

parler plus ouvertement sans crainte du jugement des autres et de me confier leurs propres expériences.

C. La réalisation des entretiens

Tous les entretiens ont été réalisés en face à face, afin de ne pas mettre de distance entre l'intervieweur et l'interviewé et de permettre un échange plus approfondi. Tous les entretiens ont eu lieu soit dans le bureau de consultation ou alors directement au domicile de la personne interrogée, au calme, sans limite de temps, en l'absence de tiers, de façon à mettre à l'aise le participant. Le fait de m'avoir déjà vue lors de précédentes consultations ou visites permettait aux personnes âgées de se livrer plus facilement, dans un climat de confiance et d'écoute, sans jugement de ma part.

Les entretiens réalisés au domicile du patient me permettaient d'observer leur lieu de vie, de mieux comprendre leurs comportements, leurs craintes et aussi éventuellement de leur poser des questions plus ciblées.

2. Limites de l'étude

A. Les biais liés à la population

Il existe, en premier lieu, un biais de sélection, du fait de la petite taille de l'échantillon qui le rend peu représentatif de la population générale des personnes de 75 ans et plus. Nous ne pouvons donc pas généraliser les résultats obtenus. De plus, l'étude n'a été réalisée que dans quelques communes du département de la Somme, ce qui limite l'extension au reste de la France.

De même, l'exclusion des personnes présentant des troubles cognitifs est une limite sachant que le déclin cognitif est un facteur prédisposant de chute. Tout comme le fait d'avoir choisi d'interroger des personnes âgées vivant encore au domicile, lorsque l'on sait qu'elles chutent 3 fois plus en institution.

Aussi, on peut mettre en avant que mon recrutement ne s'est effectué qu'au sein de la patientèle de 4 médecins généralistes. Il est donc tout à fait possible, que selon la sensibilité et l'intérêt de ces médecins pour la gériatrie et plus précisément pour les chutes des personnes âgées, les réponses des participants ne soient biaisées.

B. Les biais liés au choix de la méthode

Dans une analyse qualitative, il peut toujours y avoir un biais d'interrogation lié à la personne qui a mené les entretiens, et qui a pu sans le vouloir influencer certaines réponses. Le recueil de données se fait idéalement par un entretien libre, sans questions préalablement établies. Cependant, c'est une méthode difficile à mettre en place sans expérience préalable et pouvant entraîner une pauvreté des entretiens. Les entretiens semi-dirigés, développant déjà une toile d'entretien, orientent inévitablement la discussion avec les participants.

Indéniablement, même si l'intervieweur se doit de rester neutre, objectif et sans jugement, il peut à lui seul représenter un biais. Lorsque l'entretien est au point mort, il peut être difficile de réussir à poser des questions de relance ouvertes, de rester impartiale sans avoir de jugement préétabli.

De plus, il est possible qu'il y ait une perte d'information lors de la transcription des entretiens, même si elle a été réalisée le plus minutieusement et fidèlement possible.

On peut ajouter encore, un éventuel biais d'investigation : les entretiens ont été conçus et réalisés par une seule et même personne, ainsi qu'un biais d'interprétation, étant la seule personne à avoir interrogé les participants.

3. Discussion des principaux résultats

A. Vérification des hypothèses de départ

a. 1ère hypothèse : les personnes de 75 ans et plus méconnaissent les facteurs de risque de chute, leurs conséquences et leurs moyens de prévention

J'ai pu constater tout au long de ce travail que les personnes âgées interrogées parlent peu des chutes, que ce soit avec leur médecin généraliste, avec d'autres professionnels de santé ou même avec leur famille. De façon générale, elles en savent peu sur ce qui peut les faire chuter, sur les conséquences possibles et sur la prévention, bien que bon nombre d'entre elles aient déjà chuté.

Pour une majorité des interrogés, la chute est un évènement grave qui peut avoir des conséquences dramatiques, ce sont souvent ces conséquences qui m'ont été citées. J'ai pu remarquer que les chutes n'ayant pas entraîné de fractures ou de conséquences considérées comme notables par les interrogés étaient souvent perçues comme banales voire ignorées. J'ai aussi été surprise de constater que plusieurs personnes « cachaient » leurs chutes et préféreraient ne pas en avertir leurs proches, elles évoquaient souvent la peur des remontrances.

De nombreux facteurs de risque de chute ont été identifiés au cours des entretiens, cependant pour beaucoup ils restent essentiellement environnementaux. La iatrogénie, par exemple, est un facteur de risque largement méconnu.

En ce qui concerne les moyens de prévention, ils sont logiquement, comme les facteurs de risque, surtout environnementaux pour la grande majorité des interviewés. Pour beaucoup, il s'agit surtout de réaménager le domicile, ce qui, comme j'ai pu le constater lors des visites, est loin d'être toujours appliqué. Il est regrettable que les quelques moyens de prévention connus ne soient pas mis en œuvre.

On peut noter que tout au long des interrogatoires, il existe une certaine hésitation, un manque de confiance qui se traduit par des silences ou des réponses sous forme de questions (« On se

remet d'un hématome à la tête à cet âge là ? ») ou encore des réponses qui commencent souvent par « je ne sais pas... peut être... ».

b. 2ème hypothèse : le rôle du médecin traitant dans la prévention des chutes est méconnu des personnes âgées

C'est à la dernière question : « Quel rôle a, selon vous, votre médecin traitant dans la prévention des chutes ? » que j'ai obtenu le moins de réponse de la part des participants. J'ai senti que c'était pour eux difficile de me répondre et qu'il n'allait pas de soi que leur médecin généraliste avait un rôle à jouer dans la mise en œuvre de moyens pour éviter de tomber. Le médecin généraliste n'a d'ailleurs pas été spontanément évoqué lorsque nous abordions la prévention, de même qu'aucune autre profession de santé.

La chute est souvent vue comme une conséquence normale de la vieillesse et pour les personnes que j'ai pu interroger, il n'est pas forcément nécessaire d'en référer au médecin traitant ou à quiconque d'ailleurs. Elle reste perçue comme une fatalité et beaucoup se sont même étonnés de ma question ! Aucun patient ne m'a dit être allé consulter pour une chute sans gravité, mais pour certains, il leurs arrivait d'en parler lors de consultations ultérieures comme par exemple le renouvellement de leurs médicaments.

Cependant, tout au long des entretiens, les personnes âgées se sont montrées, pour la plupart, intéressées par le sujet, curieuses et souvent demandeuses d'informations. Même si elles ne connaissent pas grand chose, elles semblent disposées à apprendre et à s'informer afin de prévenir la chute ou une nouvelle chute.

B. Les données de la littérature

a. Méconnaissances et chute banalisée

J'ai pu comparer mon travail à une thèse réalisée dans le département du Pas-de-Calais, en 2016, par Morgane Hennart [7] et nos résultats semblent similaires. Dans son travail, elle met en évidence que les personnes âgées ont en général peu de dialogue concernant leurs chutes, elles en savent peu sur ses causes, ses conséquences et sa prévention.

Elles ont rarement de consultation dédiée à la chute avec leur médecin traitant, mais reconnaissent que c'est un bon interlocuteur pour parler de chute.

De son travail ressort également la tendance à ignorer les chutes sans gravité ou peu fréquentes et sans conséquence jugée notable. C'est une notion qui est présente aussi dans la thèse d'Elodie Mange de 2016 [8]. Quand la chute n'entraîne pas de traumatisme physique ou d'hospitalisation, elle est banalisée voire occultée et n'entraîne pas de remise en question. Dans la plupart des cas, elle ne sera pas racontée au médecin ou à l'entourage, elle est perçue comme une fatalité, trop imprévisible pour être prévenue.

C'est également ce qui ressort de la thèse de Delphine George de 2013 [9], il y a une banalisation de la chute mécanique, les chuteurs pensant qu'il n'y a pas de solution existante à leur problème, n'en parlent pas à leur médecin traitant et minimisent les conséquences.

Malgré la gravité de la chute, elle est bien souvent considérée comme bénigne puisque dans 85% des cas, elle n'entraîne pas de traumatisme corporel sévère et que seulement 5% d'entre elles induisent une consultation médicale [10]. La banalisation de la chute existe à tous les niveaux : le patient, son entourage, le médecin traitant et les équipes hospitalières [11].

b. La prévention de la chute

En matière de prévention, la thèse d'E. Mange [8] mettait aussi en lumière la méconnaissance des personnes âgées. Leur idée de la prévention se résumait souvent à « faire attention », « être prudent » et à restreindre leurs activités. Les quelques recommandations connues étaient en général pas appliquées.

C'est une notion également présente dans le travail de M. Hennart [7], certaines personnes restent persuadées qu'à partir d'un certain âge, il est préférable d'arrêter toute activité physique.

Il a pourtant été montré que les exercices physiques permettaient de prévenir les chutes. La revue Prescrire [12] a recensé 54 essais de diverses interventions visant à réduire les chutes chez des personnes de plus de 65 ans, vivant à domicile; il s'agissait d'exercices portant sur la marche, l'équilibre, la force, la souplesse ou l'agilité nécessaires à la vie quotidienne. Il en ressort une diminution significative du risque de chute par rapport à une absence d'intervention.

Quant à l'adaptation du domicile, dont beaucoup m'ont parlé, toujours dans la revue Prescrire [12], trois essais randomisés ont testé la détection et la modification des éléments entraînant un risque de chute (pose de barres d'appui, de dispositifs anti-glisser, etc.); l'intervention n'a réduit, de manière significative, l'incidence des chutes que dans un seul des trois essais. Elle n'a pas engendré d'effet indésirable non plus [13].

Les recommandations de l'HAS [14] faisaient état du même constat, une revue récente de la littérature [15] montrait que la relation de causalité entre un environnement inadapté et la survenue des chutes n'était pas si simple. Les données publiées à ce sujet avaient des résultats opposés. Cependant, il a pu être vérifié par plusieurs études [16][17] que cette relation dépendait de l'état de santé de la personne âgée, chez les personnes classées vigoureuses l'adaptation du domicile permettait de réduire l'incidence des chutes de manière significative. Cela n'a pas été vérifié chez les personnes considérées comme fragiles.

Concernant la prise de médicaments, c'est l'un des principaux facteurs de risque de chutes de la personne âgée, quels que soient son lieu de vie, son autonomie et sa dépendance [18][19], dans mon étude, la grande majorité n'en avait pas conscience. La polymédication qui correspond à l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments [20] est un marqueur de mauvais état de santé. Elle augmente également le risque de chute par un risque accru d'effets primaires ou secondaires des médicaments qui interagissent entre eux [21].

Les effets indésirables médicamenteux sont deux fois plus fréquents en moyenne après 65 ans [22] et 10 à 20% de ces effets conduisent à une hospitalisation [23]. Selon l'HAS [24], la consommation moyenne journalière de médicaments s'établit à 4 pour les 75-84 ans et 4,6 pour les personnes âgées de 85 ans et plus.

Parmi les classes thérapeutiques les plus prescrites chez la personne âgée, on retrouve les psychotropes dont les hypnotiques et les sédatifs, les cardiotropes avec les antihypertenseurs puis les antalgiques non opiacés [21].

Pourtant les patients interrogés semblent ne pas connaître les risques liés à leur traitement. La thèse de A. Morel de 2014 [25] montre une relation inverse et significative, entre l'âge du patient et la connaissance des traitements médicamenteux, de même qu'entre le nombre de médicaments pris et la connaissance de ceux-ci. Une étude de Jeandel et coll. arrivait à la conclusion qu'une ordonnance de plus de 4 médicaments était associée à une méconnaissance

du traitement [26]. Quant au risque de chute, il était 2,14 fois plus important pour les patients ayant consommé plus de 3 médicaments, selon l'étude de Woolcott et al publiée en 2009 [27]. Ainsi dans une méta analyse de Leipzig et al, le risque de chute par prise de psychotrope est multiplié par 1,73, par 1,5 pour les neuroleptiques, 1,48 pour les benzodiazépines et 1,66 pour les antidépresseurs [28].

Concernant les traitements anti-hypertenseurs, ce sont eux qui génèrent le plus fréquemment les hypotensions orthostatiques, l'HAS recommande donc une recherche d'hypotension orthostatique tous les 6 mois chez les sujets âgés sous anti-hypertenseurs afin de prévenir le risque iatrogène [29].

Au cours des entretiens, plusieurs patients m'ont parlé de « fortifier les os » pour éviter les chutes, en effet, la substitution en vitamine D, plus ou moins associée à la prise de calcium, a montré une réduction significative du taux de fractures mais aussi de chutes [30]. La carence en vitamine D est très fréquente chez la personne âgée et est plus sévère chez les chuteurs chez qui la prévalence est estimée à 70% [31]. Une supplémentation permet donc de réduire le nombre de chutes chez un même individu mais aussi le nombre de chuteur, le taux de réduction pouvant atteindre 50% [32].

En revanche, aucun patient interrogé n'a évoqué l'alimentation alors que plusieurs études ont montré une propension plus importante à chuter chez les dénutris [33]. Conséquence de la dénutrition, la sarcopénie provoque une diminution des performances, des troubles de la coordination et du mouvement, qui favorisent le risque de chute [34]. A l'inverse, les chutes induisent aussi une dénutrition par leur relation possible avec la réduction de mobilité, la perte d'appétit et le risque de dépendance alimentaire [35].

c. Les conséquences des chutes

Les connaissances des personnes âgées sur les conséquences des chutes semblent se limiter pour beaucoup aux traumatismes physiques. La fracture du col fémoral est la plus connue et est celle qui les effraie le plus. En France, on dénombre entre 50 000 et 80 000 fractures de l'extrémité supérieure du col du fémur par an chez les plus de 65 ans [6]. Suite à cette fracture, la mortalité à un an chez l'homme est supérieure à 30% chez les plus de 75 ans,

elle atteint 64% chez les plus âgés. Elle est moins élevée chez les femmes et ne dépasse 30% qu'à partir de 90 ans [36].

La peur de tomber ou de tomber à nouveau est un sentiment bien présent lors des interrogatoires. Une étude belge de 2008 a pu observer que 2 personnes sur 3 ont peur de tomber, ce pourcentage augmente avec l'âge et l'antécédent de chute [37]. Dans l'étude de Riom L et al. de 2015, on retrouve aussi ce sentiment d'insécurité poussant ainsi les personnes âgées à limiter leurs déplacements à l'extérieur, par peur de chuter [38].

Lorsque la chute n'entraîne pas de conséquences physiques notables, elle est souvent occultée par les personnes âgées car perçue comme une simple imprudence ou par peur du jugement de l'entourage et du médecin [8][39]. De ce fait les conséquences psychologiques comme le syndrome post chute, la perte de confiance en soi, l'angoisse sont cachées.

La peur de l'institutionnalisation est certainement aussi une des causes. Les chutes répétées sont associées à un taux d'institutionnalisation élevée pouvant atteindre 40% des chuteurs [14].

d. Rôle du médecin généraliste

Dans mon étude, les personnes âgées ont eu du mal à identifier le rôle de leur médecin généraliste et me dire comment il pouvait agir pour prévenir leurs chutes. Il est pourtant le praticien de 1er recours [40], celui qu'elles consultent le plus souvent et qui les connaît le mieux.

En dehors du fait qu'il n'est pas forcément averti de la chute de son patient, il a été mis en avant dans la thèse de M. Hennart [7] que le manque de temps lors de la consultation était un frein à la discussion autour de cette problématique. Les patients avaient l'impression de ne pas pouvoir dire tout de qu'ils voulaient. C'est une notion également présente dans la thèse de T. Gemar [41], la première limite à la prise en charge de la chute était le temps de consultation trop court.

Pour ce qui est de la réalisation d'examens para cliniques et du bilan de chute, la thèse de S. Renard [42] a montré que les médecins généralistes ne réalisaient de bilan qu'en cas de chute responsable de conséquences, donc quasiment jamais en prévention primaire.

Il est pourtant essentiel en tant que médecin généraliste de dépister les patients chuteurs. Ainsi l'HAS recommande de réaliser au cours de la consultation quelques tests simples et rapides, à titre systématique, pour confirmer l'absence de risque de chute : le « Get up and go » test, le test de la station unipodale, la poussée sternale et le « Walking and talking » test [1]. [annexe 2]

Dans son étude T. Gemar [41] a prouvé que le dépistage était réalisable au cours d'une consultation de médecine générale par ces deux moyens simples et rapides : le « Get up and go » test et la mesure du temps d'appui unipodal. Deux tests qui semblent bien corrélés au risque de chute puisque dans la thèse de J. Poupart [43] 82% des patients chuteurs avaient un « Get up and go » test pathologique et 85% un temps d'appui unipodal inférieur à 5 secondes. De même une étude française de 2002 avait évoqué une simplification du bilan de chute par le médecin généraliste au cabinet, en conseillant la réalisation du « Get up and go » test, la mesure du temps d'appui unipodal et l'échelle de Katz [annexe 3] pour les activités de base de la vie quotidienne (hygiène corporelle, habillage, aller aux toilettes, locomotion, continence et repas) [11].

Comme autre limite à la prise en charge des chutes par le médecin traitant, T. Gemar qui a lui interrogé des médecins généralistes, mettait en évidence leur manque de connaissance sur le sujet et leur sentiment de ne pas pouvoir gérer seuls les patients âgés chuteurs. Ils souhaitaient avoir une information plus développée sur la chute et sa prévention [41]. C'est également ce que retrouvait le Docteur Lebreton dans son mémoire de capacité de gériatrie, peu de médecins connaissent les recommandations HAS concernant les chutes [44], elles sont parfois jugées trop longues, trop complexes et difficiles à appliquer au quotidien [45]. Elles ont par ailleurs été critiquées par la revue Prescrire qui décrit ce guide comme confus et contenant trop d'imprécisions [46]. Dans l'étude du Docteur Lebreton, les médecins interrogés disaient prescrire, après une chute, des séances de kinésithérapie de marche mais n'allaient pas plus loin dans la rééducation, ils ne prescrivaient pas de séance d'apprentissage de relevé du sol ni de travail d'équilibre postural ou de renforcement musculaire [44] ce qui est pourtant recommandé.

C. Pistes d'amélioration

Nous avons pu voir tout au long de cette étude que les personnes âgées ont peu de connaissances concernant la chute et sa prévention mais qu'elles sont demandeuses d'informations. La chute fait peur mais reste un sujet tabou.

Quant aux médecins généralistes, leur manque de connaissance et de temps semblent être un frein au dépistage et à la prise en charge de la chute, la prévention primaire est inexistante.

Alors comment améliorer les choses ?

On pourrait imaginer en médecine générale, une consultation par an, systématique, chez les 75 ans et plus, dédiée à la chute en demandant simplement : « Avez-vous fait une chute dans l'année écoulée ? ». Ce qui pourrait être le point de départ d'une prise en charge adaptée au patient. En découlerait une information simple sur la chute avec recherche de facteurs de risque si la réponse est négative. En cas de réponse positive, les tests de dépistage seraient faits avec prise en charge d'éventuelles pathologies retrouvées et consultation spécialisée si besoin.

Pour ce faire, l'assurance maladie pourrait envoyer une fois par an, aux 75 ans et plus, un courrier leur rappelant de prendre rendez-vous chez leur médecin traitant pour leur consultation chute. Une cotation « dépistage chute » pourrait ainsi être créée rejoignant celles existant déjà (MIC : suite d'hospitalisation pour décompensation cardiaque, VL : visite d'évaluation de la dépendance chez les patients en ALD pour pathologie neuro-dégénérative...).

Depuis quelques années se développe l'éducation thérapeutique du patient (ETP), en 2009 la loi Hôpital Patients Santé Territoires précise que l'éducation thérapeutique fait partie de la prise en charge du patient ayant une maladie chronique et de son parcours de soin. Il s'agit d'un processus éducatif continu centré sur le patient. Il comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement, les soins, l'hospitalisation et autres institutions de soins concernées [47].

Actuellement l'ETP s'effectue surtout à l'hôpital et peu en libéral du fait du manque de formation des médecins généralistes, des difficultés de coordination, d'organisation et du

manque de temps [48]. L'ETP pourrait être bénéfique aux personnes âgées et à leur entourage et leur permettre de mieux comprendre leurs pathologies et leurs traitements, et ainsi certainement d'éviter de nombreuses chutes.

Les consultations gériatriques spécialisées dans la chute existent dans plusieurs départements, à Montpellier par exemple, le CHRU est impliqué dans la prévention par le biais de son CREPC : Centre Régional Equilibre et Prévention des Chutes. Il propose des consultations aux patients de 65 et plus avec un médecin spécialisé dans les troubles de l'équilibre et la réalisation d'un bilan avec examen sanguin, imagerie, dépistage des troubles visuels et ORL, examen par un neurologue, un médecin rééducateur, un kinésithérapeute, un podologue, un ergothérapeute, bilan d'aide par une assistante sociale. Plus près de chez nous, une consultation chute a vu le jour au CHRU de Lille. Malheureusement, il n'y en a pas encore d'ouverte à Amiens.

Mais en 2016 le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Somme Littoral Sud a été créé ; il regroupe 10 hôpitaux publics des Hauts-de-France. Il propose en gérontologie plusieurs parcours patient dont un "chute et réautonomisation", l'objectif étant de faciliter la formation des équipes soignantes et de créer des consultations avancées dans les centres hospitaliers concernés (Abbeville, Doullens, Albert, Corbie et Montdidier dans la Somme). Cela permettra aux médecins généralistes n'exerçant pas à proximité du CHU de prendre en charge plus facilement les patients chuteurs, en les adressant au CH périphérique le plus proche.

Le travail en réseau entre le généraliste et les différents spécialistes a prouvé qu'il est bénéfique dans la prise en charge de la chute et sa prévention [11].

De nombreux dépliants existent à l'attention des personnes âgées sur la chute pourtant elles ne sont pas bien sensibilisées... Ne sont-ils pas assez distribués ? Sont-ils trop complexes ? Ne se sentent-elles pas concernées ?

Là encore nous pourrions imaginer un dépliant construit de manière simple en 4 parties : le recto pourrait interpeller « Avez-vous fait une chute cette année ? » et orienter « Alors parlez en à votre médecin ! », à l'intérieur les causes de chute pourraient être citées et illustrées (médicaments, chaussures, domicile encombré, douleurs...) ainsi que les conséquences (fractures, syndrome post chute, hospitalisation, station au sol prolongée...). Enfin le recto servirait à apporter les solutions : aides techniques à la marche, moyens d'alerte, amélioration de l'environnement, technique pour se relever du sol [annexe 4], numéros de téléphone utiles.

Il est à noter qu'il existait jusqu'à très récemment un site internet www.protec-chute.com, validé par l'HAS et dédié à la chute. Il était destiné aux personnes âgées ainsi qu'à leurs familles et aux professionnels de santé. Ce site a aujourd'hui disparu. Je ne suis pas sûre que la population actuelle des plus de 75 ans soit informatisée et connectée, la prévention des chutes via internet ne me semble pas très appropriée mais pourra et devra être développée pour les générations futures.

De façon plus radicale, nous pourrions repenser la politique de santé actuelle et prendre modèle sur les pays nordiques comme notamment le Danemark où l'accent est mis sur le maintien à domicile. Dans ce pays, toute personne âgée de plus de 75 ans doit, selon la loi et sauf si elle s'y oppose, faire l'objet d'une visite de prévention à domicile deux fois par an, quel que soit son état de santé. L'objectif de ces visites est, aux termes de la loi, de « créer un sentiment de sécurité et de bien-être et de donner des conseils et un soutien pour des activités et pour la mise en place de maintien à domicile ». Depuis 1987, le Danemark a arrêté de construire de nouvelles maisons de retraite, ainsi l'institutionnalisation des plus de 75 ans a quasiment pu être divisée par 3 en 30 ans [49]. Elle concerne aujourd'hui moins de 6% des plus de 75 ans versus 9% en France [50].

CONCLUSION

La population française vieillit, on comptera en 2040 plus de 10 millions de personnes de plus de 75 ans [51]. La chute n'épargne personne et est plus fréquente l'âge avançant [2]. Actuellement, 9 personnes âgées de plus de 75 ans et plus sur 10 vivent encore chez elles [5], la chute au domicile est donc un problème majeur.

Les personnes âgées ont peu de connaissances sur les chutes que se soit sur les facteurs de risque, les conséquences et leurs moyens de prévention. La chute n'est considérée comme grave que si ses conséquences sont jugées graves (fracture, hospitalisation, décès). Dans les autres cas, elle est occultée, attribuée aux conséquences normales du vieillissement et vue avec une certaine fatalité ou tabou car pouvant faire référence à la perte de capacité. De ce fait les quelques moyens de prévention connus (mesures d'adaptation du domicile) sont rarement appliqués et les personnes âgées se contentent de « faire attention » et de limiter leurs activités.

Quant au rôle du médecin généraliste, il est mal identifié, les chutes font rarement l'objet de consultation. Pour beaucoup, le médecin traitant a une action très limitée qui consiste à leur donner des conseils.

Elles semblent toutefois demandeuses d'informations concernant la chute et leurs médecins généralistes a un rôle central à tenir tant dans la prévention primaire que secondaire. C'est pourquoi il est important de sensibiliser les personnes âgées, de parler de la chute en consultation avant même que les patients ne le fassent, d'organiser des consultations « chute » de dépistage et d'information et de travailler en réseau avec les différents professionnels de santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS : Recommandations pour la pratique clinique, *Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée* ; novembre 2005.
2. INPES : Référentiel de bonnes pratiques; *Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile* ; mai 2005.
3. SilverEco.fr. *Le coût des chutes des personnes âgées estimé à 2 milliards d'euros pour les collectivités*. Avril 2016. En ligne : <http://www.silvereco.fr/le-cout-des-chutes-des-personnes-agees-estime-a-2-milliards-deuros-pour-les-collectivites/3157058>. Page consultée le 20 août 2017.
4. INSEE : Population - Bilan démographique 2015 - Population française par sexe et âge au 1er janvier 2016, France.
5. Puisieux F. *Le livre de l'interne : Gériatrie*. Lavoisier Médecine Sciences, Paris ; mars 2012.
6. INSERM : *Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées*, Expertise collective, Synthèse et recommandations, Novembre 2014.
7. Hennart M. *Le sujet de 75 ans et plus, vivant à domicile dans le Pas-de-Calais, son mode de vie et ses connaissances des chutes et de leur prévention*. Thèse de doctorat d'université, Médecine. Lille, Université Lille 2 Droit et santé, faculté de Médecine H. Warembourg ; 2016.
8. Mange E. *Vécu et représentations de la chute chez le sujet âgé : étude qualitative auprès de patients chuteurs de plus de 75 ans*. Thèse de doctorat d'université, Médecine. Université de Franche-Comté, faculté de médecine et de pharmacie ; 2016.
9. George D. *La chute d'origine mécanique existe-t-elle chez la personne âgée ? A propos d'une étude observationnelle chez 100 patients hospitalisés à l'issue d'une chute avec fracture*. Thèse de doctorat d'université, Médecine. Lille, Université Lille 2 Droit et Santé, faculté de Médecine H. Warembourg ; 2013.
10. Favier F. Les risques de chute. In : Simon L, Marcelli C, Revel M. eds. *Ostéoporose et médecine physique*. Paris : Masson ; 1998:32-45.
11. Auvinet B, Berrut G, Touzard C et al. *Chute de la personne âgée : de la nécessité d'un travail en réseau*. *Revue médicale de l'Assurance Maladie*. Juil-sept 2002. (En ligne) <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/cnamts/rmam/2002/3/183.pdf>

12. Prescrire rédaction. « *Des exercices en prévention des chutes des personnes âgées* » Rev Prescrire 2011 ; 31 (338) : 930-931.
13. Michael YL et coll. « *Primary care-relevant interventions to prevent falling in older adults : a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force* » Ann intern Med 2010 ; 153 (12) : 815-825.
14. HAS : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles : *Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées* ; Avril 2009.
15. Menz, Morris, Lord. *Foot and ankle risk factors for falls in older people: a prospective study*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci ; 2006.
16. Speechley et Tinetti. *Falls and injuries in frail and vigorous community elderly persons*. J Am Geriatr Soc ; jan 1991.
17. Northridge, Nevitt et al. *Home hazards and falls in the elderly: the role of health and functional status*. Am J Public Health ; avril 1995.
18. Kamel et Zablocki. *Falls' guidelines and osteoporosis assessment*. J Am Geriatr Soc ; Juin 2002.
19. Olivier, Daly, Martin et al. *Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients : a systematic review*. Age ageing ; mars 2004.
20. Questions d'économie de la santé : *La polymédication : définition, mesures et enjeux*. N°204 - Décembre 2014. En ligne : <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/204-la-polymedication-definitions-mesures-et-enjeux.pdf>. Page consultée le 31 août 2017.
21. Leipzig, Cumming et al. *Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis : I. Psychotropic drugs*. J Am Geriatr Soc ; 1999.
22. Bégaud B. et al. : *Does age increase the risk of adverse drug reaction ?* Br. J. Clin. Pharmacol, 2002.
23. Doucet J. et al : *Les effets indésirables des médicaments chez le sujet âgé : épidémiologie et prévention*. La presse médicale, oct 1999.
24. HAS : *Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé : consommation, prescription, iatrogène et observance* ; 2005.
25. Morel A. *Evaluations des connaissances qu'ont les personnes âgées de leurs médicaments*. Thèse de doctorat d'université, Médecine. Lille, Université Lille 2 Droit et Santé, faculté de Médecine H. Warembourg ; 2014.

26. Jeandel C, Barrat V, Pierson A et al. *L'observance médicamenteuse et ses facteurs chez la personne âgée* : enquête portant sur 300 patients hospitalisés. La revue de gériatrie. Sept 91. Tome 16. Numéro 7.
27. Woolcott, Richardson, Wins et al. *Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons*. Arch Intern Med ; 2009.
28. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. *Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs*. J Am Geriatr Soc ; jan 1999.
29. HAS : Amélioration de la prescription chez le sujet âgé, IPC AMI n°10 *Recherche hypotension orthostatique tous les 6 mois si anti-hypertenseurs*, Prévention de la iatrogénie des médicaments cardiovasculaires ; oct 2012.
30. Chapuy, Arlot et al. *Vitamin D3 and calcium to prevent hip fractures in elderly women*. N Engl J Med ; dec 1992.
31. Gloth, Gundberg et al. *Vitamin D deficiency in homebound elderly persons*. JAMA ; dec 1995.
32. Dukas, Bischoff-Ferrari et al. *Effect of Vitamin D on falls: a meta-analysis*. JAMA ; avr 2004.
33. Vellas, Conceicao et al. *Malnutrition and falls*. Lancet ; dec 1990.
34. Baumgartner, Waters et al. *Predictors of skeletal muscle mass in elderly men and women*. Mech Ageing Dev ; mars 1999.
35. Vellas, Baumgartner et al. *Relationship between malnutrition and falls in the elderly*. Nutrition ; mars-avr 1992.
36. Oberlin P, Mouquet MC. Etudes et résultats. Janvier 2016, n°0948. (En ligne) <http://www.grio.org/documents/page187/actualites-professionnelles-250-1454612636.pdf>
37. Mendes da Costa E, Bantuelle M, Van Bastelaer MC, Levêque A. *La peur de tomber chez les personnes âgées de 65 ans et plus : analyse de la situation de Fontaine l'Évêque (Belgique)*. Revue épidémiologique et de santé publique ; sept 2008.
38. Riom L et al. *Plus on est vieux, plus on se protège : le sentiment de sécurité chez les personnes âgées*. Retraite et société ; 2015.
39. Badin N. *Le patient multichuteur : facteurs associés aux chutes répétées chez les patients rencontrés en consultation pluridisciplinaire de la chute au CHRU de Lille*. Thèse de doctorat d'université, Médecine. Lille, Université de Lille 2 droit et Santé, Faculté de Médecine H. Warembourg ; 2014.

40. Attali C, Bail P. *Socle historique des référentiels métier et compétences en médecine générale*. exercer 91 ; 2010.
41. Gemar T. *Evaluation de la prise en charge des patients âgés chuteurs par les médecins généralistes de la métropole lilloise et futures perspectives*. Thèse de doctorat d'université, Médecine. Lille, université Lille 2 Droit et Santé, Faculté de Médecine H. Warembourg ; 2012.
42. Renard S. *Etats des lieux des facteurs de risque de chute dans la population de médecine générale de plus de 65 ans du bassin valenciennois*. Thèse de doctorat d'université, Médecine. Lille, Université Lille 2 Droit et Santé, Faculté de Médecine H. Warembourg ; 2014.
43. Poupart J. *Evaluation d'un outil de dépistage de la chute récidivante de la personne âgée en médecine générale*. Thèse de doctorat d'université, Médecine. Lille, Université Lille 2 Droit et Santé, Faculté de Médecine H. Warembourg ; 2014.
44. Lebreton E. *Etude de la prise en charge des chutes au centre hospitalier de Doullens*. Mémoire de capacité de gérontologie. Université de Picardie Jules Verne, Faculté de médecine d'Amiens ; 2015.
45. Langlois R. *Prise en charge de la chute à domicile de la personne âgée par le médecin généraliste : étude qualitative auprès de 20 praticiens*. Thèse de doctorat en médecine. Université de Rouen ; 2012.
46. Rédaction Prescrire : *Personnes âgées faisant des chutes répétées : le complément inutile d'un guide HAS inutile* ; Revue Prescrire ; Février 2010 ; Vol 30, n°316, p151.
47. Hecquard P. *Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins du 3 avril 2009*. En ligne : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/educationtherapeutique.pdf>. Page consultée le 1er septembre 2017.
48. Sandou M. *L'éducation thérapeutique en cabinet de médecine générale : observation et impact d'une pratique d'Education Thérapeutique sur les patients et les soignants dans une Maison Médicale à Savenay*. Thèse de doctorat d'université, Médecine. Université de Nantes ; 2013.
49. https://www.habiter-autrement.org/28_Homes/contributions-28/DK-personnes_agees.pdf
50. INSEE : *Tableaux de l'économie française*. Collection Insee références. Edition 2014. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288358?sommaire=1288404>. Page consultée le 31 août 2017.

51. INSEE : Projections de population à l'horizon 2060, INSEE première n°1320, Oct 2010.

En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>. Page consultée le 20 août 2017.

ANNEXES

Annexe 1 : Le script d'entretien

1. Qu'est ce qui, selon vous peut vous faire chuter ?

Questions de relance :

- *Vous même êtes-vous déjà tombé ?*

- *Comment est-ce arrivé ?*

2. Quelles peuvent-être, selon vous, les conséquences d'une chute ?

Questions de relance :

- *Vous êtes-vous déjà fait mal en tombant ?*

- *Connaissez-vous des personnes qui se sont blessées en chutant ?*

3. Comment peut-on, selon vous, prévenir une chute ?

Question de relance :

- *Que pouvez-vous faire pour éviter de tomber ?*

4. Quel rôle a, selon vous, votre médecin traitant dans la prévention des chutes ?

Questions de relance :

- *Que peut faire votre médecin généraliste pour vous éviter de tomber ?*

- *Avez-vous déjà parlé de chute avec votre médecin traitant ?*

Annexe 2 : Tests de dépistage

Le « Get up and go » test

Le patient doit se lever d'un siège banal, faire environ 3 mètres, tourner, et revenir s'asseoir sans l'aide d'une autre personne (avec ou sans aide de type canne).

Le déficit de mobilité commence au-delà de 20 secondes, est important au-delà de 29 secondes. (Se : 87%, Sp : 87%)

Le test unipodal

Il est considéré comme anormal si la personne âgée ne réussit pas à tenir sur une jambe au moins 5 secondes.

(Se : 37%, Sp : 76%)

La poussée sternale

Un déséquilibre à la poussée est prédictif du risque de chute.

(Se : 38%, Sp : 94%)

Le « walking and talking » test

Les personnes âgées fragiles s'arrêtent de marcher quand elles sont sollicitées sur un autre domaine d'attention, comme de réfléchir pour répondre à une question précise.

(Se : 48%, Sp : 98%)

Annexe 3 : Echelle de Katz

CRITERE	Ancien Score	Nouveau Score	1	2	3	4
SE LAVER			est capable de se laver complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se lever au-dessus ou en dessous de la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se lever tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER			est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
TRANSFERT ET DEPLACEMENTS			est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...)	a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
ALLER A LA TOILETTE			est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin d'aide pour un des trois items: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	doit être entièrement aidé pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer
CONTINENCE			est continent pour les urines et les selles	est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	est incontinent pour les urines et les selles
MANGER			est capable de manger et de boire seul	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	le patient est totalement dépendant pour manger ou boire
CRITERE			1	2	3	4
TEMPS (2)			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalément désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE (2)			pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalément désorienté ou impossible à évaluer

Annexe 4 : Technique pour se relever du sol



RESUME

Connaissances des personnes âgées de 75 ans et plus, non institutionnalisées, sur les facteurs de risque, les conséquences, les moyens de prévention des chutes et rôle attendu du médecin traitant.

INTRODUCTION : La population française vieillit, la chute touche un tiers des personnes de 65 ans et plus chaque année. Il s'agit d'un problème de santé publique ayant une forte morbi-mortalité et devant faire l'objet d'une prévention efficace. METHODE : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été réalisée auprès de 14 patients de 75 ans et plus vivant à domicile, dans le département de la Somme. Notre travail a exploré leurs connaissances sur les facteurs de risque, les conséquences, les moyens de prévention des chutes et le rôle qu'elles attendaient de leur médecin traitant. RESULTATS : Les personnes âgées identifient surtout leur environnement comme pouvant être pourvoyeur de chute, beaucoup de facteurs de risque sont méconnus comme notamment la iatrogénie. Les conséquences sont minimisées, seules les conséquences considérées comme graves sont connues et rapportées au médecin traitant. La fracture du col du fémur est la plus souvent mentionnée. Cependant peu de chutes font l'objet de consultation, elles sont pour la plupart banalisées car sans conséquence jugée notable. En ce qui concerne la prévention, l'aménagement du domicile est souvent évoqué mais peu réalisé, elle se résume donc à restreindre ses activités et à « faire attention ». Le rôle du médecin généraliste n'est pas bien identifié que ce soit dans la prévention ou dans la prise en charge des chutes, pour beaucoup il consiste juste à donner des conseils. CONCLUSION : Les personnes âgées ont peu de connaissances sur les chutes mais sont désireuses d'apprendre. Il est donc nécessaire de renforcer les actions de prévention, de travailler en réseau et de développer les consultations « chute ».

Mots clés : médecine générale, chute, personnes âgées, conséquences, prévention, rôle du médecin, étude qualitative.

The knowledge of non-institutionalized persons aged 75 and older regarding the risk factors, the consequences and means of prevention of falls and the expected role of the general practitioner.

INTRODUCTION : The French population is aging and every year falls affect one third of people aged 65 and older. It is a public health problem with a high morbi-mortality and should be efficiently prevented. METHOD : A qualitative study through semi-structured interviews was realized with 14 patients aged 75 and older living at home in the Somme department. Our research studied their knowledge about the risk factors, the consequences, the means of prevention of falls and the role they expect their GP to hold. RESULTS : Elderly people essentially identify their environment as being the cause of falls, a lot of risk factors are ignored such as iatrogeny. The consequences are minimized and only the consequences that are considered serious are known and reported to the GP. The fracture of the femoral neck is the most frequently mentioned. However, very few falls are followed by a visit to the doctor, most of the time they are trivialized because considered as being without notable consequences. Regarding prevention, the adjustment of the home is often mentioned but rarely put into practice and prevention mostly comes down to restraining activities and "being careful". The role of the GP isn't well identified whether it is about prevention or managing the falls and for many people his role is just to give advice. CONCLUSION : Elderly people have little knowledge about falls but are willing to learn. Therefore it is necessary to reinforce prevention measures, to network and to develop "fall" consultations.

Key words : general practice, fall, elderly, consequence, prevention, physician's role, qualitative study.

