



HAL
open science

Dépistage précoce des risques de chute chez la personne âgée en autonomie fonctionnelle: quels freins et quelles perspectives pour une meilleure prise en charge en médecine générale? Expérience d'un territoire de santé: Nord Vaucluse

Bérénice Houessou

► **To cite this version:**

Bérénice Houessou. Dépistage précoce des risques de chute chez la personne âgée en autonomie fonctionnelle: quels freins et quelles perspectives pour une meilleure prise en charge en médecine générale? Expérience d'un territoire de santé: Nord Vaucluse. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03102263

HAL Id: dumas-03102263

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03102263v1>

Submitted on 7 Jan 2021

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.



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

**Dépistage précoce des risques de chute chez la personne âgée en
autonomie fonctionnelle : quels freins et quelles perspectives pour
une meilleure prise en charge en médecine générale ?**

Expérience d'un territoire de santé : Nord Vaucluse

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 9 Décembre 2020

Par Madame Bernice HOUESSOU

Née le 22 août 1991 à Cotonou (BENIN)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan	Président
Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCA) BARGIER Jacques	Assesseur
Monsieur le Docteur DUFOUR Rémy	Directeur



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

**Dépistage précoce des risques de chute chez la personne âgée en
autonomie fonctionnelle : quels freins et quelles perspectives pour
une meilleure prise en charge en médecine générale ?**

Expérience d'un territoire de santé : Nord Vaucluse

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 9 Décembre 2020

Par Madame Bernice HOUESSOU

Née le 22 août 1991 à Cotonou (BENIN)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan	Président
Madame le Professeur BONIN-GUILLAUME Sylvie	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCA) BARGIER Jacques	Assesseur
Monsieur le Docteur DUFOUR Rémy	Directeur



FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	1 - Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	2 - Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales Conseiller	3 - Pr. Philippe BERBIS
	4 - Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

aux études à la recherche	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
à l'unité mixte de formation continue en santé pour le secteur NORD	:	Pr. Jean-Louis MEGE
Groupements Hospitaliers de territoire aux masters	:	Pr. Justin MICHEL
	:	Pr. Stéphane BERDAH
	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	----------	------------------------------

Chargés de mission

PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

1er cycle : **Madame Estelle**
2ème cycle : **BOISSIER Madame**
Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : **Madame Béatrice CAORS**
Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : **Madame Joannie HENRY**
Mutualisation des enseignements : **Madame Géraldine DEPRES**

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

Chargée de mission : **Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES**
Chargé de mission : **Monsieur Christophe ROMAN**

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCES Yves
	ASSADOURIAN Robert		FRANCOIS Georges
	AUFFRAY Jean-Pierre		FUENTES Pierre
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GABRIEL Bernard
	AZORIN Jean-Michel		GALINIER Louis
	BAILLE Yves		GALLAIS Hervé
	BARDOT Jacques		GAMERRE Marc
	BARDOT André		GARCIN Michel
	BERARD Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BERGOIN Maurice		GAUTHIER André
	BERLAND Yvon		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARPIN Denis		LOUCHET Edmond
	CHARREL Michel		LOUIS René
	CHAUVEL Patrick		LUCIANI Jean-Marie
	CHOUX Maurice		MAGALON Guy
	CIANFARANI François		MAGNAN Jacques
	CLAVERIE Jean-Michel		MALLAN- MANCINI Josette
	CLEMENT Robert		MALMEJAC Claude
	COMBALBERT André		MARANINCHI Dominique
	CONTE-DEVOLX Bernard		MARTIN Claude
	CORRIOL Jacques		MATTEI Jean-François
	COULANGE Christian		MERCIER Claude
	DALMAS Henri		METGE Paul
	DE MICO Philippe		MICHOTEY Georges
	DESSEIN Alain		MILLET Yves
	DELARQUE Alain		MIRANDA François
	DEVIN Robert		MONFORT Gérard
	DEVRED Philippe		MONGES André
	DJIANE Pierre		MONGIN Maurice
	DONNET Vincent		MONTIES Jean-Raoul
	DUCASSOU Jacques		NAZARIAN Serge
	DUFOUR Michel		NICOLI René
	DUMON Henri		
	ENJALBERT Alain		

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
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
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
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
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT**2008**

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

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	RUFUO 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

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUY'S Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	<i>KERBAUL François Détachement</i>
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANÇON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERDAH Stéphane	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël	LECHEVALLIER Eric
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	MACE Loïc
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHIARONI Jacques	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHINOT Olivier	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
		OVAERT-REGGIO Caroline

PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe

PARRATTE Sébastien Disponibilité

PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PETIT Philippe
PHAM Thao

PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique

PIQUET Philippe

PIRRO Nicolas

POINSO François

RACCAH Denis

RANQUE Stéphane

RAOULT Didier

REGIS Jean

REYNAUD/GAUBERT Martine

REYNAUD Rachel

RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth

ROCHE Pierre-Hugues

ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique

ROSSI Pascal

ROUDIER Jean

SALAS Sébastien

SAMBUC Roland Surnombre

SARLES Jacques

SARLES/PHILIP Nicole

SARLON-BARTOLI Gabrielle

SCAVARDA Didier

SCHLEINITZ Nicolas

SEBAG Frédéric

SEITZ Jean-François

SIELEZNEFF Igor

SIMON Nicolas

STEIN Andréas

TAIEB David

THIRION Xavier

THOMAS Pascal

THUNY Franck

TREBUCHON-DA FONSECA Agnès

TRIGLIA Jean-Michel

TROPIANO Patrick

TSIMARATOS Michel

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

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 DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

AHERFI Sarah	DEVILLIER Raynier	LOOSVELD Marie
ANGELAKIS Emmanouïl (<i>disponibilité</i>)	DUBOURG Grégory	MAAROUF Adil
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	DUCONSEIL Pauline	MACAGNO Nicolas
BARTHELEMY Pierre	DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André
BEGE Thierry	ELDIN Carole	MOTTOLA GHIGO Giovanna
BELIARD Sophie	FABRE Alexandre	NGUYEN PHONG Karine
BENYAMINE Audrey	FAURE Alice	NINOVE Laetitia
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	FOLETTI Jean-Marc	NOUGAIREDE Antoine
BERTRAND Baptiste	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BEYER-BERJOT Laura	FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile
BIRNBAUM David	FROMNOT Julien	PESENTI Sébastien
BONINI Francesca	GASTALDI Marguerite	RADULESCO Thomas
BOUCRAUT Joseph	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BOULAMERY Audrey	GIUSIANO Bernard	ROBERT Philippe
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROMANET Pauline
BOUSSEN Salah Michel	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BUFFAT Christophe	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
CAMILLERI Serge	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
CARRON Romain	GUERIN Carole	<i>SECQ Véronique (disponibilité)</i>
CASSAGNE Carole	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
CERMOLACCE Michel	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
CHAUDET Hervé	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
CHRETIEN Anne-Sophie	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
COZE Carole	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CUNY Thomas	KASPI-PEZZOLI Elise	TOMASINI Pascale
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	L'OLLIVIER Coralie	TOSELLO Barthélémy
DALES Jean-Philippe	LABIT-BOUVIER Corinne	TROUSSE Delphine
DAUMAS Aurélie	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
DEGEORGES/VITTE Joëlle	<i>LAGIER Aude (disponibilité)</i>	VELY Frédéric
DELLIAUX Stéphane	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VION-DURY Jean
DESPLAT/JEGO Sophie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSILI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THIERY Didier (nomination au 01/10/2019)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

ANATOMIE 4201

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

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

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)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

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

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

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

**BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (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)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité
DUBOURG Grégory (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)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
DELPERO Jean-Robert (PU-PH) Surnombre
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH) *Surnombre*
 FLECHER Xavier (PU PH)
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

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)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

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

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (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)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

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

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

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

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) Retraite au 25/11/2019
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)
 BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Héliène (MCU-PH)

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

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

IMMUNOLOGIE 4703**HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701**

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

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)

FERON François (PR) (69ème section)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)

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

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603**MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503**

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)
ELDIN Carole (MCU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

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

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

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303**MEDECINE D'URGENCE 4805**

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

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

NEPHROLOGIE 5203

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)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
NUSSELI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps) (nomination au 01/10/2019)

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NUTRITION 4404**NEUROCHIRURGIE 4902**

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

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) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

NEUROLOGIE 4901**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

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)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)
 GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)
 CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)
 MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 OVAERT Caroline (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANÇON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

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)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**

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

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001**UROLOGIE 5204**

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 Monsieur le Professeur Gaëtan GENTILE,

C'est pour moi un honneur que vous présidiez mon jury.

Merci pour votre précieuse aide dans la réalisation de ce travail de thèse.

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

A Madame le Professeur Sylvie BONIN-GUILLAUME, professeur universitaire et praticien hospitalier en gériatrie à l'hôpital Sainte Marguerite,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury et d'apporter votre avis sur ce travail.

Veillez accepter ma sincère reconnaissance et ma profonde considération.

A Monsieur Jacques BARGIER,

Maître de stage bienveillant, une vraie source d'inspiration.

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

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

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

A Monsieur Rémy DUFOUR,

Passionné incontestable de la médecine, poète et juste.

Merci de m'avoir consacré le peu de votre précieux temps lors de mon passage à votre cabinet.

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

A Monsieur André BOYER,

Un véritable père, merci de m'avoir toujours soutenue.

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

A mon Père, Richard HOUESSOU,

Un modèle de grandeur.

Merci est un mot bien trop faible pour tout ce que tu m'as apportée.

Merci pour ton soutien infaillible, durant toutes ces années et celles à venir, pour ta bienveillance, ta confiance en moi, je suis très honorée et privilégiée d'être ta fille.

A ma Mère Léocadie AWOUNOU HOUESSO,

Un ange gardien, une femme de valeur et d'impact.

Merci pour ton Amour, ton investissement depuis que je suis sur terre.

Tu as le don de discerner les temps et les saisons de ma vie. Tu vois en chaque opportunité une occasion pour moi de briller et de faire la différence.

Merci de m'avoir enseignée les voies de l'excellence, de m'avoir relevée à chaque moment de faiblesse, et d'avoir su trouver les mots adéquats pour m'encourager à aller le plus loin possible.

Reçois mon entière gratitude.

A mes frères Régis, Arnaud, et ma sœur Urielle,

Merci d'avoir été là pour moi chaque fois que j'en ai ressenti le besoin.

C'est une grâce de vous avoir à mes côtés.

Que ce travail fasse votre fierté, je vous aime.

Une grosse pensée pour Clément et Maurelle mon frère et ma sœur par alliance que je n'oublie pas.

A mes amis de médecine,

Nos chemins se sont croisés de bien des manières, mais je suis convaincue qu'il n'y a pas de hasard dans la vie.

Merci pour ce que nous avons et allons, j'espère continuer à partager davantage.

Je crois que vous ferez d'excellents médecins **Shaghayegh, Laura, Jessy, Claire, Manon, Clémence, Paul et Marion** notre ostéopathe préférée.

Aux colocs de la vie : Manon, Claire, Paul, Jessy, Marion, Clémence, Abdoulaye, merci d'apporter autant de joie dans ma vie, vous êtes le sang de l'aorte.

A ma tante Delphine AHOUNOU

Je ne cesse de remercier le Seigneur pour ta vie, pour ta générosité et ton amour envers ma personne. Merci pour tes prières, elles ont porté du fruit.

Au Bishop Josué AHOUNOU, la source d'inspiration de toute une génération, merci pour le pilier que tu représentes dans cette famille, et de m'avoir accompagnée de tes prières. Sois en richement béni.

A mon oncle James et sa femme Édith AWOUNOU,

Merci d'avoir été à la genèse de cette aventure.

Votre amour, votre soutien indéfectible et votre générosité m'ont marquée à vie. Ne changez rien, c'est le moment de moissonner ce que vous avez semé.

A mon oncle Hector AWOUNOU qui vient de nous quitter,

Merci pour ton accueil et ton soutien au quotidien, j'aurais aimé que tu sois là mais le Seigneur en a décidé autrement.

A mon oncle Saturnin et sa femme Rachel AWOUNOU,

Merci de m'avoir accueillie dans la ville que j'appelle affectueusement ma ville d'adoption.

Merci d'être des exemples de réussite dans ce pays qui est devenu le nôtre.

Une mention particulière à mon oncle Henri AHOUNOU, qui nous a quitté trop tôt, auprès duquel j'ai passé toute mon enfance, et qui m'a communiqué le sens de l'intégrité et le souci du travail bien fait.

A mes oncles et tantes Timothée, Georges, Rachelle, Cécile, Chantal et Irma,

Recevez ma profonde gratitude.

A mes cousins et cousines,

Docteur Carel OLORY, merci de m'avoir donné envie de faire ce métier de médecin et de m'avoir toujours dit que je devais travailler dur à l'école pour essayer de devenir quelqu'un de bien, surtout si je voulais devenir médecin.

Jean Philipe, Loïc, Turnel Ascani, Suzon, Lois, Jesuvit, Osée, Uldrych, Cilia, Eunice, Mayo, Dani, Dolores, Paix, Lauriane, Eddyane, Roseline, Jessica, Martimo et tous ceux à qui je pense mais dont je n'ai pas cité le nom ;) je vous aime.

A mes neveux et nièce,

Bérroukhia, Ithielle, Séphora, Gianni, et autres, merci d'apporter beaucoup de joie dans ma vie, et que ce travail soit un modèle pour vous.

A la grande famille AWOUNOU,

D'ici et d'ailleurs, vous êtes les meilleurs.

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

A mes amis Dijonnais,

Julia, Kathy, Sarah, charlotte, Maeva, Serges, Fréjus, Aldric merci pour votre soutien indéfectible. Mention spéciale à **tata AGNÈS**, une femme de valeur qui m'a toujours soutenue.

A mes amis Béninois,

Francette, aussi aimante et fidèle qu'une sœur, je te remercie d'être toujours à mes côtés, j'ai une chance inestimable de t'avoir dans ma vie.

Docteur Nelly AHOUANSOU ma boule d'énergie, une histoire qui dure depuis la maternelle, tu es une source d'inspiration pour moi.

Je ne vous oublie pas **Stéphanie, Nellya, Marie-Laure, Marie-Aurore, Marlène Frenette, Cadnel, Paoli, Gildas**, merci pour tous les moments partagés ensemble.

A tous les enseignants, du jardin de l'école primaire les Neems, du Cours Secondaire Notre Dame des Apôtres du Bénin, les professeurs de la faculté de médecine à l'Université de Bourgogne, vous tous qui avez participé à ma formation, merci de m'avoir transmis, le savoir, la rigueur et votre sens de l'excellence.

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

Mention spéciale à notre **Coco** internationale, merci pour qui tu es, et je n'oublie ma chère et tendre **Houria**.

A l'équipe de l'AIMT 13, un grand merci à vous tous pour m'avoir accueillie dans votre centre et pour votre franche collaboration.

A mon ami fidèle et soutien infailible Jésus sans qui je ne serais rien et sans qui cette thèse n'aurait tout simplement jamais eu lieu, merci infiniment pour qui Tu es.

A **toi**, qui te reconnaîtras, la cerise du fondant au chocolat, merci d'être entré à un moment aussi spécial de ma vie. #WeWillMakeItTogether(#WWMIT)❤️.

Je dédie cette thèse à ma grand-mère, qui nous a quitté il y a maintenant quelques années. Tu as été une source intarissable de bénédictions **mamie Valentine Apolline HOUNDETON AWOUNOU**, tes mots et tes paroles de sagesse résonnent encore en moi et resteront à jamais gravés dans mon cœur. Tu me manques énormément et j'espère que tu es fière de moi.

La vie sur terre est un passage. L'amour est un mirage, mais l'amitié est « un fil d'or » qui ne se brise qu'à la mort. Tu sais ? L'enfance passe, la jeunesse suit, la vieillesse la remplace puis la mort nous ramasse. La plus belle fleur du monde perd sa beauté, mais une amitié fidèle dure pour l'éternité. Vivre sans amis, c'est mourir sans témoins.

SOMMAIRE

I	INTRODUCTION	4
II	GENERALITÉS.....	6
II.1	VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION.....	6
II.2	PREVALENCE ET MORBIDITE	6
II.3	QUELQUES DEFINITIONS	7
▪	<i>La chute.....</i>	7
▪	<i>La fragilité</i>	7
▪	<i>La perte d'autonomie fonctionnelle</i>	8
II.4	LES FACTEURS DE RISQUE DE CHUTE	9
▪	<i>Les facteurs intrinsèques</i>	9
▪	<i>Les facteurs extrinsèques</i>	10
II.5	LES CONSEQUENCES DE LA CHUTE	11
II.6	LE ROLE DU MEDECIN GENERALISTE	11
	<i>Le dépistage précoce des risques de chute de la personne âgée en autonomie fonctionnelle</i>	12
II.7	LES RECOMMANDATIONS DE LA HAS SUR LES RISQUES DE CHUTE	12
▪	<i>Repérage des personnes âgées à risque de chute</i>	12
▪	<i>Les différents tests d'évaluation des troubles de la marche au cabinet</i>	13
III	METHODES :	14
III.1	TYPE D'ÉTUDE	14
III.2	POPULATION ETUDIÉE	14
III.3	GUIDE D'ENTRETIEN	15
III.4	REALISATION DES ENTRETIENS	16
III.5	RETRANSCRIPTION ET ANALYSE DES ENTRETIENS	16
IV	RESULTATS :.....	18
IV.1	REPONSES DES MEDECINS	19
IV.2	STRATEGIES DE PREVENTION MISES EN PLACE PAR LES MEDECINS GENERALISTES	25
IV.3	LES RAISONS ENTRAVANT LA DEMARCHE PREVENTIVE DES RISQUES DE CHUTE.....	29
▪	<i>Manque de temps</i>	29
▪	<i>Méconnaissance des grilles d'évaluation</i>	29
▪	<i>Banalisation ou manque d'intérêt du sujet</i>	30

▪	<i>Le manque de sensibilisation des patients et des professionnels de santé</i>	30
▪	<i>Manque de formation</i>	30
▪	<i>Rupture du parcours de soins</i>	31
▪	<i>Absence de coordination interprofessionnelle/travail en réseau</i>	32
▪	<i>Problématique de la rémunération des consultations</i>	32
▪	<i>Rareté des visites à domicile</i>	32
▪	<i>Manque de motivation des patients et des professionnels de santé</i>	33
IV.4	LES PERSPECTIVES D'AMELIORATION DE L'EVALUATION DU RISQUE DE CHUTE :.....	33
▪	<i>Délégation du rôle de dépistage</i>	33
▪	<i>Une consultation dédiée</i>	33
▪	<i>La formation et sensibilisation des patients et professionnels de santé</i>	34
▪	<i>Amélioration de la communication interprofessionnelle</i>	34
▪	<i>Privilégier les visites à domicile</i>	34
▪	<i>Promotion de l'activité physique</i>	35
▪	<i>Rémunération de certains actes</i>	35
▪	<i>Développement d'outils informatiques</i>	35
▪	<i>Les grilles d'évaluation</i>	36
V	DISCUSSION	37
V.1	LES FORCES DE L'ETUDE.....	37
▪	<i>Le choix du sujet et de la population</i>	37
▪	<i>Le choix de la méthode</i>	37
V.2	LES LIMITES DE L'ETUDE.....	38
▪	<i>Conditions de l'entretien</i>	39
▪	<i>Biais lié à la méthode d'analyse et d'interprétation</i>	39
▪	<i>Biais liés à l'enquêteur : biais d'intervention</i>	40
V.3	RESULTATS COMPARES A LA LITTERATURE	40
▪	<i>Le dépistage précoce des risques de chute</i>	40
▪	<i>L'évaluation informelle du risque de chute réalisée par les médecins généralistes</i> :.....	41
V.4	LES STRATEGIES DE PREVENTION	41
V.5	LES FREINS ET OBSTACLES AU DEPISTAGE PRECOCE	43
▪	<i>Méconnaissance et sous-utilisation des tests d'évaluation</i>	43
▪	<i>Le manque de temps</i>	44
▪	<i>Absence de collaboration interprofessionnelle</i>	45
▪	<i>Le manque de motivation des patients et des médecins généralistes</i>	47
▪	<i>L'absence de rémunération du dépistage précoce des chutes</i>	49
V.6	PERSPECTIVES D'AMELIORATION	49
▪	<i>Amélioration de la formation des professionnels de santé</i>	49

▪	<i>Privilégier les visites à domicile</i>	50
▪	<i>La délégation du rôle de dépistage aux infirmières</i>	50
▪	<i>Renforcer la surveillance du BDK auprès de la CPAM</i>	51
▪	<i>Le développement d'outils informatiques</i>	52
▪	<i>Sensibilisation des patients et de leurs proches</i>	52
▪	<i>Promotion du travail en réseau</i>	53
▪	<i>Consultation dédiée :</i>	54
▪	<i>Promouvoir davantage la pratique de l'activité physique :</i>	54
VI	CONCLUSION	56
VII	BIBLIOGRAPHIE	59
VIII	ABREVIATIONS	64
IX	ANNEXES	65

I INTRODUCTION

Ce ne sont pas moins de 2 millions de personnes âgées qui chutent par an en France. La chute de la personne âgée est un événement fréquent avec environ un tiers des sujets de plus de 65 ans et la moitié des sujets de plus de 85ans. (1)

Le risque de décès dans l'année qui suit l'accident est de 10-20% plus élevé par rapport aux sujets de la même tranche d'âge et de même sexe. (2)

Elles seraient responsables de 9000 décès par an dans notre pays et dans 20-30% des cas l'un des motifs d'hospitalisation en gériatrie aiguë.

C'est aussi un mode d'entrée dans la dépendance : 40 % des hospitalisés âgés chuteurs seront institutionnalisés [6].

Il en résulte un impact important, non seulement sur le plan physique, mais aussi sur le plan psychologique pouvant conduire au syndrome post chute avec une régression psychomotrice qui peut aboutir à la grabatisation. (3)

Bien que difficile à chiffrer, les chutes des personnes âgées représentent un coût important en matière de santé publique. Même si les données manquent pour les calculer précisément, ces coûts sont aujourd'hui estimés à 2 milliards d'euros en France, un chiffre qui a doublé en un peu plus d'une décennie : en 1993, on estimait que le coût direct dépassait le milliard d'euros.(4)

Si elles représentent un défi sanitaire majeur, il n'en est pas moins qu'elles sont souvent banalisées par les patients et leurs familles, car considérées comme bénignes puisque dans 85 % des cas elles n'entraînent pas de traumatisme corporel sévère. Seulement 5 % d'entre elles induisent une consultation médicale. (5)

De même, nous savons également que la survenue d'une chute est considérée comme un facteur de risque d'une nouvelle chute.(6)

De nombreuses études ont démontré l'efficacité d'interventions multifactorielles et ciblées permettant d'améliorer la marche et de diminuer le risque de chute.

Il s'agit de mettre en place un programme d'exercices physiques, de revoir la médication du patient et d'adapter son lieu de vie.

Cependant, jusqu'à présent les interventions à postériori sur la prévention des chutes se révèlent insatisfaisantes.

Une récente méta-analyse de la Cochrane Collaboration qui a analysé 62 études conclue à des résultats décevants sur les interventions visant à réduire le risque de récurrence de chute ou à améliorer une locomotion déjà perturbée.(7)(8)

Ceci nous conduit à penser que le dépistage précoce des personnes âgées alors qu'ils disposent encore d'une autonomie fonctionnelle reste tout à fait légitime.

Si l'instauration des grilles d'évaluation dans le dépistage des risques de chute, paraît comme étant un outil efficace et recommandé par la HAS, la question qu'on se pose est l'utilisation en pratique de ces outils par les médecins généralistes.

Le médecin généraliste étant un acteur de soins très sollicité dans la prise en charge des personnes âgées, son rôle dans l'efficacité de cette démarche reste primordial.

Le but premier de notre étude serait alors de réaliser une enquête de pratiques auprès des médecins généralistes du nord Vaucluse sur le dépistage précoce des risques de chute de personnes âgées autonomes et l'utilisation des tests d'évaluation lors de leur prise en charge. L'objectif du dépistage étant d'identifier un risque élevé de chute avant la première chute afin de pouvoir initier à temps des mesures préventives.

En second lieu, dans un souci d'amélioration du système de prévention, il nous a paru intéressant de comprendre les besoins et les difficultés auxquelles sont confrontés les médecins généralistes dans leur pratique quotidienne.

La problématique des chutes rassemble tous les ingrédients nécessaires pour attirer l'attention et susciter des actions concrètes : incidence élevée, conséquences importantes, fréquentes et coûteuses.

Il ne reste qu'à souhaiter que la problématique des chutes livre quelques-uns de ses secrets et ambiguïtés lors de la présente étude afin de faire un pas en avant dans la préservation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées à risque de chute.

II GENERALITÉS

II.1 Vieillessement de la population

De façon globale, on assiste à une augmentation de la proportion des personnes âgées au niveau mondial, notamment en France. Le vieillissement de la population n'est pas un phénomène nouveau : le nombre de séniors double presque tous les 50 ans depuis 1920 et leur part dans la population est passée de 9% en 1920 à 20% en 2018.

En 2018, la France compte 13,1 millions de personnes de 65 ans ou plus, soit un habitant sur cinq.

Selon les projections démographiques de l'INSEE, la France va vieillir d'ici à 2070. Les séniors devraient représenter à cette date 29% de la population.

Dans le Vaucluse, les personnes âgées de 60 ans étaient au nombre de 152 000 dont 55 700 âgées de 75 ans ou plus. Si les tendances démographiques récentes se poursuivaient, leur effectif serait respectivement 192 000 et 82 000 à l'horizon 2030. Entre 2015 et 2030, le nombre de séniors progresserait nettement plus vite que l'ensemble de la population.(9)

II.2 Prévalence et morbidité

En France, environ 450 000 personnes de plus de 65 ans sont victimes (10) d'une chute tous les ans. Plus de 9300 personnes de 65 ans et plus décèdent chaque année des suites d'une chute selon les données de la santé publique.(11)

On estime environ 3 chutes dans l'année pour une personne de 65 ans et plus.(12)

Les taux de mortalité par chute augmentent avec l'âge, les plus élevés étant chez les personnes de 85 ans et plus.

Dans la classe d'âge des 65 ans et plus, les chutes représentent 85 % des AcVC, survenant majoritairement à domicile, et sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Le taux d'hospitalisation augmente avec l'âge, passant de 23 % des accidentés entre 65 et 69 ans à 44 % au-delà de 90 ans, notamment pour des fractures et des lésions des membres inférieurs.(13)

II.3 Quelques définitions :

La définition de la « personne âgée » retenue pour ce travail de thèse repose sur le critère d'âge de 65 ans et plus. (2)

La chute

La définition de la chute, la plus répandue dans la littérature est celle qui a été développée en 1987 par le « Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly » et qui a été adoptée par l'organisation mondiale de la santé (World Health Organization (WHO). 1989) : « Événement au cours duquel une personne se retrouve par inadvertance au sol ou à un niveau inférieur et pour une raison autre que les suivantes : vent violent, perte de conscience, paralysie soudaine, crise d'épilepsie. (11)

La chute peut être définie comme « une perte brutale et totalement accidentelle de l'équilibre postural lors de la marche ou de la réalisation de toute autre activité et faisant tomber la personne sur le sol ou toute autre surface plus basse que celle où elle se trouvait »

La fragilité

Les chutes sont considérées comme un indicateur de mauvais état de santé et un marqueur de fragilité chez les personnes âgées.

Les chutes sont souvent responsables d'une perte de confiance en soi, d'une peur de chuter à nouveau, pouvant conduire à une restriction des activités, à une dégradation de la vie sociale et à une perte d'autonomie.

Elle est donc considérée comme un marqueur fort de fragilité avec un risque de perte d'autonomie et d'institutionnalisation.

Le concept de fragilité peut se concevoir comme un vieillissement intermédiaire entre le vieillissement habituel et le vieillissement pathologique. Ce terme suggère un état

d'instabilité avec risque de perte fonctionnelle ou de majoration de la perte fonctionnelle existante.

Selon la définition de la Société Française de Gériatrie et de Gérontologie : « La fragilité est un syndrome clinique. (14)

Elle reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux » (13). Il s'agit d'une notion essentielle à prendre en compte car les personnes âgées fragiles présentent un risque accru de chute.

De plus, en cas d'épisode aigu de chute, ces patients basculent plus facilement dans la dépendance et présentent un risque majoré d'incapacités, d'hospitalisations, d'institutionnalisation et de mortalité(1).

La perte d'autonomie fonctionnelle :

De par la diminution de la mobilité, les chutes font écho à la notion de perte d'autonomie.

L'autonomie étant la faculté d'agir par soi-même et de faire ses propres choix. (15)

On peut aisément parler de perte d'autonomie fonctionnelle lorsque la personne âgée a besoin d'une aide humaine pour réaliser des gestes de la vie quotidienne telle que se déplacer, s'habiller, assurer son hygiène, s'alimenter, aller aux toilettes.

II.4 Les facteurs de risque de chute :

Les facteurs déterminants de la chute chez le sujet âgé sont multiples et associés entre eux. Ils peuvent être répartis en deux catégories, les facteurs intrinsèques et extrinsèques. Il est recommandé d'en évaluer l'importance chez la personne âgée.

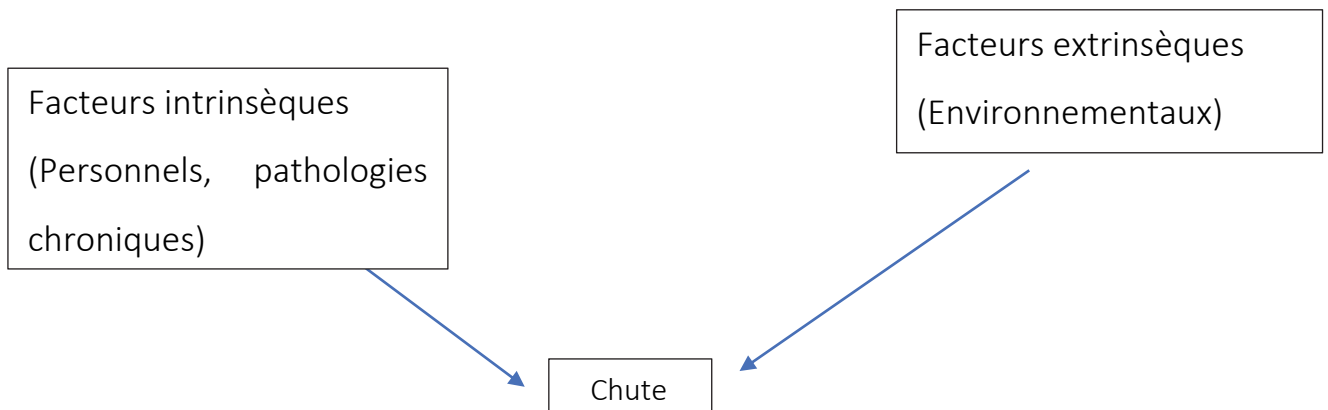


Figure 1 : La répartition des causes de chutes

Les facteurs intrinsèques :

Le risque de chute augmente avec le nombre de facteurs intrinsèques(16)(17).

En effet, le taux de chute est de 35% en présence d'un facteur de risque et s'élève jusqu'à 88% en présence de deux ou plus.

- Âge : > 80 ans, le risque de traumatisme consécutif à la chute est plus important chez les femmes âgées de race blanche et de faible poids (qu'il soit exprimé en poids total, IMC ou masse grasseuse), et en général en cas de pathologies fragilisant l'os, altérant la vision, la marche et l'équilibre ou en cas de polyopathie chronique.
- 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 neuromusculaires : 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.

Les médicaments ou maladies altérant les fonctions sensibles, cognitives ou motrices sont susceptibles d'augmenter le risque de chute chez la personne âgée.

Le risque augmente avec le nombre de maladies présentes ou de médicaments pris.

- Prise de médicaments : Quelle que soit leur spécialité, l'utilisation de plus de 4 médicaments (polymédication) augmente le risque de chute. Une polymédication est retrouvée chez 90% des patients chuteurs. Les SA de plus de 65 ans consomment en moyenne 3,9 médicaments différents dans la journée. Ce chiffre s'élève à 6,6 pour les sujets de 80 ans et plus(18).

Les classes thérapeutiques les plus incriminées dans le risque de chute est celle des psychotropes et ceux à visée cardiovasculaire. La consommation de psychotropes multiplie par 2 à 3 le risque de chute et ce sont les benzodiazépines qui font l'objet du plus grand nombre d'études(19).

Les facteurs extrinsèques :

Ce sont les facteurs liés à l'habitat et à l'environnement, responsables de chutes accidentelles :

- Comportementaux : consommation d'alcool, sédentarité, malnutrition

- Environnementaux : nécessité d'un instrument d'aide (ex. : canne), prise de risque, habitat mal adapté (escalier, marche, tapis), un mauvais chaussage.

II.5 Les conséquences de la chute

Environ 9 000 décès de personnes âgées de plus de 65 ans sont associés chaque année en France à une chute, bien que cette donnée globale ne soit pas suffisante pour établir un lien de causalité directe. Après 70 ans, c'est la première cause de décès accidentel. 5-10% des chutes sont responsables de traumatismes osseux (20).

La mortalité associée à ces chutes augmente rapidement avec l'avancée en âge, dans les deux sexes. Lorsque la chute est responsable de fracture, il s'agit dans la majorité des cas d'une fracture de l'extrémité supérieure du fémur, indirectement responsable d'une mortalité élevée dans les mois qui suivent.

Indépendamment du risque fracturaire, l'impact psychologique de la chute peut être majeur. La peur de tomber existe chez de nombreuses personnes âgées, avant même toute chute. Cette peur est plus fréquente encore chez celles qui présentent des troubles de la marche accompagnés ou non de sensation d'instabilité.

La chute entraîne souvent une perte de confiance en soi et d'angoisse.

II.6 Le rôle du médecin généraliste

Le médecin généraliste, joue un rôle central dans la prise en charge des chutes. Il représente le premier contact avec le système de soins, favorise l'éducation des patients, coordonne les soins, et a une responsabilité spécifique de santé publique.

Lui seul, peut dépister les chutes, décider d'adresser aux autres professionnels médicaux et paramédicaux, éduquer le patient et sa famille et avoir accès au domicile des patients grâce aux visites à domicile.

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

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

Le dépistage précoce des risques de chute de la personne âgée en autonomie fonctionnelle :

II.6.1.1 Qu'est-ce que le dépistage précoce des risques de chute ?

Le dépistage précoce pourrait se définir par un repérage et une évaluation des risques de chute avant toute manifestation de chute avérée.

II.6.1.2 Qu'entendons-nous par l'autonomie fonctionnelle ?

Le terme de l'autonomie fonctionnelle, est préférable, à celui de l'indépendance fonctionnelle qui paraît plus précis.

On peut de ce fait parler d'une personne âgée en autonomie fonctionnelle ou en indépendance fonctionnelle comme une personne qui peut se déplacer, s'habiller, assurer son hygiène, s'alimenter, aller aux toilettes sans avoir besoin d'une aide humaine pour réaliser des gestes de la vie quotidienne.

II.7 Les recommandations de la HAS sur les risques de chute

La HAS recommande, pour évaluer le risque de chute, de rechercher systématiquement chez toute personne âgée un antécédent de chute dans l'année qui précède la consultation, de rechercher des facteurs de risque de chute et de faire un test d'évaluation validé du risque de chute en cas de chute signalée, même si elle paraît banale, ou en présence de facteurs de risque de chute.

Repérage des personnes âgées à risque de chute :

II.7.1.1 Interrogatoire

→ *Penser systématiquement au risque de chute :*

La prévention primaire repose sur le repérage du risque. Il est recommandé de demander à toute personne âgée, si besoin à son entourage, quel que soit le motif de consultation, si elle est tombée durant l'année précédente, et dans quel contexte.

Même s'il n'y a pas eu de chute, le simple fait de poser la question permet de parler de prévention.

II.7.1.2 Évaluation des troubles de la marche :

Les différents tests d'évaluation des troubles de la marche au cabinet :

L'examen clinique à lui seul, ne permet pas de juger du retentissement fonctionnel d'une maladie ostéo-articulaire ou neurologique. Afin d'évaluer les capacités fonctionnelles effectives de la personne âgée, des tests simples, reproductibles et sensibles ont été élaborés.

Ces instruments sont utiles car ils mesurent les performances de marche de façon standardisée et peuvent aussi faciliter le suivi de leur évolution dans le temps.(21)

→*Voudriez-vous vous lever et faire quelques pas ?* : introduit le TUG.

Timed up and go test (TUG)

Ce test rapide et simple à effectuer, consiste à mesurer le temps nécessaire pour se lever d'une chaise, marcher trois mètres, tourner de 180°, revenir à la chaise et s'y rasseoir, le patient peut employer un auxiliaire de marche si indiqué.

Le temps normal affecté à une telle opération est inférieur à quatorze secondes. Au-delà de vingt secondes, on considère qu'il y a une diminution de la mobilité et qu'elle est importante au-dessus de trente secondes. Ses sensibilité et spécificité sont de 87% pour une valeur seuil de quatorze secondes.

→*Pouvez-vous tenir en équilibre sur une jambe ?* : introduit le test de l'appui monopodal.

One-leg-balance

Encore appelé le test de l'appui monopodal, ce test évalue la capacité de rester, sans appui, en équilibre sur une jambe pendant cinq secondes.

→*Que pensez-vous de ... ?* : introduit le test de double tâche

Le Walking and talking test (ou test de double tâche):les personnes âgées fragiles s'arrêtent de marcher quand elles sont sollicitées sur un autre domaine d'attention.

III METHODES :

Les critères COREQ ont été utilisés pour la validité de ce travail (22).

Après avis des autorités compétentes, aucune déclaration au CPP ou en comité d'éthique n'était nécessaire pour la réalisation de cette étude.

III.1 Type d'étude :

Nous sommes parties de l'hypothèse que les MG méconnaissaient et sous utilisaient les tests d'évaluation des risques de chute en prévention primaire. Le but de cette étude étant de comprendre ce que font les médecins généralistes en matière de dépistage des risques de chute chez la personne âgée en autonomie fonctionnelle.

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

Nous avons donc réalisé une étude qualitative avec des entretiens semi-dirigés auprès des médecins généralistes de la région du Nord Vaucluse.

En effet, elle permet une meilleure compréhension des comportements et des logiques d'actions notamment en termes d'enquête de pratique, comparativement aux méthodes quantitatives, qui sont plus aptes à décrire systématiquement, à mesurer et à comparer.

III.2 Population étudiée :

10 médecins généralistes de la région Nord Vaucluse, ont été inclus dans l'étude. Seuls les médecins qui ont répondu à notre questionnaire, ont été inclus.

Le critère d'inclusion était d'être des médecins généralistes exerçant en cabinet libéral et installés depuis plus d'un an dans la région du Nord Vaucluse.

Le critère de non-inclusion était l'exercice exclusif en établissement de santé.

La période d'inclusion s'est déroulée de mars 2020 à juin 2020.

Les participants ont été contactés et relancés par téléphone afin de leur présenter le thème de la thèse, et de fixer une date pour les entretiens.

Ces derniers ont eu lieu au cabinet médical ou à distance par contact téléphonique au vu du contexte de la crise sanitaire actuelle.

La méthode d'échantillonnage en boule de neige, a été utilisée pour constituer l'échantillon.

Les médecins interviewés étaient des contacts personnels issus du réseau de médecins rencontrés lors des réunions GEPECA et de soirées de formation continue dans le cadre de mon stage de SASPAS.

La taille de l'échantillon n'a pas été déterminée à l'avance mais limitée par la saturation des données. Cette notion est obtenue lorsque le recueil de tout nouvel entretien n'apporte plus aucune donnée nouvelle.

Une fiche d'information a été fournie avec accord de leurs consentements permettant l'utilisation des données recueillies.

III.3 Guide d'entretien :

Un guide d'entretien a été le canevas directeur des entretiens.

Il a été construit à l'aide de questions réparties en thème à partir des données de la littérature et orienté en fonction de la problématique de l'étude.

Ce guide a été divisé en trois parties.

La première partie du guide a permis d'aborder les pratiques du dépistage des risques de chute chez la personne âgée autonome par les médecins généralistes. La deuxième partie a traité des raisons et des difficultés rencontrées lors de cette démarche de prévention et la troisième leur a donné l'opportunité d'exposer et d'émettre leurs propositions d'amélioration.

Les entretiens étaient guidés par treize questions élaborées par l'enquêteur.

Neuf questions ouvertes orientées sur la pratique des médecins généralistes au regard du dépistage des risques de chute, dont quatre questions fermées qui ont permis de

définir les caractéristiques du médecin et de son activité. Il a été réévalué au bout d'un entretien pilote.

Les principales données sociodémographiques utilisées pour la sélection de l'échantillon ont été recueillies en début d'entretien (âge, sexe, milieu d'exercice, type d'exercice).

Le guide d'entretien permettait, bien que la discussion fût libre, de recentrer le discours du médecin interviewé pour aborder tous les thèmes et se focaliser sur le sujet de l'étude. Ce guide d'entretien a été modifié au cours de l'étude en fonction des résultats afin d'optimiser les entretiens suivants. L'intégralité du guide est retrouvée en Annexe.

III.4 Réalisation des entretiens :

La prise de contact a été réalisée face à face, par téléphone et par courriel également. Les entretiens se sont réalisés sur convenance de planning en fonction de la disponibilité de chaque participant. Ces derniers ont eu lieu au cabinet médical ou à distance par contact téléphonique au vu du contexte de la crise sanitaire actuelle.

Aucune autre personne n'était présente lors de la réalisation des entretiens.

Les entretiens individuels ont duré entre 10mn et 30mn environ

L'âge moyen des médecins généralistes était de 56 ans.

L'ensemble des entretiens a été enregistré à l'aide de deux dictaphones. Des notes de terrain ont été prises pendant l'entretien en parallèle aux enregistrements audio.

III.5 Retranscription et analyse des entretiens :

La retranscription constitue la première étape de l'analyse des données qualitatives. Elle consiste à représenter sous forme écrite des éléments oraux et visuels, permettant de s'approprier les propos de l'interviewé. (23)

L'ensemble des entretiens a été enregistré à l'aide de deux dictaphones, après accord du praticien sous réserve d'anonymat. Ensuite ils ont été retranscrits mot pour mot au moyen du logiciel de traitement de texte Microsoft Word®.

L'entretien retranscrit définissait un verbatim. Les médecins étaient nommés M1, M2, pour Médecin 1, Médecin 2...etc.

L'étude ne présentait pas d'hypothèse initiale, ne s'appuyant que sur le matériel recueilli pour évoluer au fur et à mesure de l'analyse.

L'ensemble des entretiens a été codé par l'enquêteur avec une relecture indépendante. Les entretiens ont été étiquetés par codage ouvert, axial puis sélectif.

En réalité le codage ouvert consiste à étiqueter les fragments de texte pouvant représenter un thème principal. Ensuite grâce au codage axial, on a réalisé une comparaison des codes entre eux, afin de combiner les codes correspondants dans un code général, chaque code pouvant appartenir à plusieurs codes généraux.

Le codage sélectif nous a permis ensuite de prendre les catégories principales trouvées dans l'étape précédente pour construire notre théorie en plaçant toutes les données trouvées et en établissant des connexions entre elles.

Toutes ces données ont finalement été synthétisées de la manière la plus exhaustive et la plus fidèle aux 10 entretiens réalisés entre les mois de mars et juin 2020.

Les verbatims ont fait l'objet d'une analyse par théorisation ancrée.

La théorisation ancrée est une notion purement interprétative permettant au chercheur de développer une théorie qu'il cherche à vérifier, sur la base de données recueillies.

Cette méthode d'analyse a été choisie afin d'obtenir la plus grande objectivité possible. Aucun logiciel d'analyse n'a été utilisé lors de cette étude. Pour illustrer les résultats, une ou plusieurs citations étaient associées à chaque numéro de participant préalablement identifié.

IV RESULTATS :

Dix médecins généralistes ont été interrogés lors de notre étude dont : 7 hommes et 3 femmes.

Ils étaient âgés de 39 à 77 ans et étaient installés depuis 2 ans et demi à 35 ans

Tous dans un exercice semi-rural.

Il y avait différents types d'exercices : l'exercice en cabinet de groupe ou seul dans un cabinet indépendant.

Les caractéristiques des médecins interrogés ont été l'âge, le genre, le lieu d'activités, le type d'exercice et l'existence d'une formation complémentaire. Ces données ont été regroupées dans le tableau 1.

Les médecins ont été nommés de M1 à M10 pour Médecin 1 à Médecin 10, ce pseudonyme a été repris tout au long de l'étude.

	Sexe	Age	Années d'installation
M1	H	77	35 ans
M2	H	61	30 ans
M3	H	60	31ans
M4	H	39	2 ans 1/2
M5	F	46	10 ans
M6	F	57	10 ans
M7	H	59	28 ans
M8	H	39	3 ans
M9	F	65	35 ans
M10	H	57	29 ans

Figure 2 : caractéristiques de la population

Les entretiens ont duré entre 09minutes 34 secondes pour le plus court à 39 minutes trente-trois secondes pour le plus long avec une moyenne de 21 minutes par entretien. Ils étaient enregistrés avec l'accord des participants et rendus anonymes par l'utilisation de pseudonymes.

La saturation des données a été atteinte au bout du neuvième entretien. Un dixième entretien a permis de la confirmer.

IV.1 Réponses des médecins :

J'ai pu constater tout au long de ce travail que très peu de MG réalisaient une recherche systématique des risques de chute. Pour une majorité des interrogés, le dépistage des chutes était non systématique et imprécis.

Très peu utilisaient les tests d'évaluation des troubles de la marche pour préciser leur examen clinique.

IV.1.1.1 Avis des médecins généralistes sur le sujet :

Tous les médecins généralistes de notre étude, s'accordent sur l'importance de la prévention primaire des risques de chute. Cependant certains pensent à une réorientation de la prise en charge vers une prise en charge globale et centrée sur le PA.

M1 : « prise en charge globale du patient :il faut donner la possibilité aux médecins de construire leur propre grille en fonction, d'être éveillé à cette problématique, qui est essentiellement de se centrer sur la personne, sur sa capacité de compréhension, son milieu de vie avec son entourage, les moyens etc. »

M1 : « la prévention doit être centrée patient et coordonnée par un professionnel formé, ça peut être un gériatre, un neurologue, un MG, un PS formé... »

M9 : « il faut revoir la prise en charge de façon globale des patients... »

IV.1.1.2 Dépistage systématique des risques de chute :

Pour tous les MG qui réalisaient le dépistage des risques de chute, il était question d'une évaluation informelle, et imprécise.

M7 : « évidemment je regarde toujours s'il y a un risque de chute, mais je n'ai pas un bilan systématique... »

M8 : « non je ne fais pas d'évaluation systématique, par oubli... »

M9 : « Ce n'est pas une recherche systématique... »

Certains réalisaient un dépistage à posteriori d'une première chute ou lors de l'apparition des troubles de la marche ou d'un risque de perte d'autonomie.

- Évaluation post première chute :

M3 : « C'est après la première chute qu'on réagit, enfin moi personnellement, tant qu'ils n'ont pas chuté une fois, je ne me pose pas trop de question... »

- Évaluation lors de risque éventuel de perte d'autonomie :

M4 : « Alors je le fais souvent pour des gens, pour qui, il y a des doutes de perte d'autonomie, typiquement des personnes qui vont avoir un Alzheimer ou des personnes qui auront une maladie comme une maladie de parkinson, oui ces personnes-là, oui je le fais... »

M10 : « C'est quand on voit que les gens commencent à ne plus venir au cabinet justement et qu'on les voit à domicile, quand ils commencent à être moins sûr sur leurs jambes on peut commencer à être plus attentif ... »

IV.1.1.3 Formation complémentaire des médecins généralistes

Parmi les praticiens interviewés, trois médecins généralistes disposaient d'une formation complémentaire en lien avec le sujet en plus de leur formation initiale de médecine générale.

M1 : « j'ai une formation initiale de gériatrie, avant de finir médecin généraliste... »

M7 : « j'ai une formation complémentaire en médecine et biologie du sport, suivi des sportifs professionnels, DU de nutrition... »

M10 : « oui j'ai déjà été formé là-dessus, il y a 10 ans... »

IV.1.1.4 Évaluation informelle des risques de chute :

◆ Lieu du dépistage

▪ Visites à domicile

La plupart des évaluations effectuées par les praticiens se faisaient lors de visites à domicile.

M1 : « Ici en milieu rural, je vais chez eux et je repère des tas de choses ... »

M4 : « quand il m'arrive de faire des visites chez ces personnes alors, j'en fais ... »

M7 : « L'interrogatoire, examen clinique, voilà, c'est souvent à domicile d'ailleurs, et puis regarder les gens marcher quoi hein et voir comment ils se comportent dans l'espace... »

▪ Au cabinet médical :

Certains le réalisaient également au cabinet médical

M2 : « je fais fréquemment l'évaluation en visualisant le passage à la marche active entre mon bureau et la table d'examen à l'aller et au retour... »

IV.1.1.5 Modalités du dépistage

◆ Par repérage des facteurs de risque

▪ La malnutrition : risque de sarcopénie

M1 : « dans les risques de chute, un facteur de risque de chute, c'est la malnutrition des personnes âgées, quand on va chez eux, vous ouvrez le frigo, avec leur permission, vous voyez très bien hein ... »

- Les troubles de la marche :

Détermination de leurs étiologies précises telles que la maladie de parkinson, les pathologies articulaires (l'arthrose).

- La surveillance du risque d'ostéoporose

M1 : « la malnutrition est liée au risque d'ostéoporose ... mais c'est chez les femmes surtout qu'on dépiste les chutes à retardement... »

M8 : « antécédents d'ostéoporose, d'ancienne fracture... »

M9 : « alors pour les femmes si elles ont de l'ostéoporose. »

- Évaluation du traitement :

L'évaluation des risques de chute passait également par une évaluation du traitement médicamenteux.

M3 : « c'est la révision de la consommation médicamenteuse... »

M5 : « je revois l'ordonnance, la prescription médicale... »

M7 : « je n'utilise pas des échelles, des choses comme ça, je fais plutôt une évaluation du traitement ... »

M8 : « je revois les médicaments ... »

M10 : « en dehors des psychotropes, les médicaments anti- hypertenseurs qui peuvent les fatiguer... »

- Évaluation de l'habitat et de l'entourage

Les médecins ont insisté également sur la notion que, le repérage, n'était pas simplement de leur fait. Ils s'appuyaient beaucoup sur l'alerte de l'entourage que ce soit la famille, les aides à domicile ou les intervenants paramédicaux qui sont au plus près du patient au quotidien.

M1 : « Je l'évalue en fonction de la connaissance de leur milieu de vie, et d'eux-mêmes, leur endroit de vie, la famille, la capacité de compréhension et d'autonomie physique... »

M3 « s'il est entouré, s'il vit seul ou non, est ce que l'habitat est adapté ou non, est ce qu'il s'est déjà embroché par une table ou un tapis, s'il s'est déjà embroché avec, on travaille là-dessus... »

M4 : « est-ce que le domicile est adapté ? marches, tapis, salles de bains inadaptés ... »

M8 : « elle habite seule la nuit ? ou elle a quelqu'un pour la redresser ou appeler les pompiers si elle chute ? ... »

IV.1.1.6 Utilisation des tests d'évaluation ? :

La détection du risque de chute par les MG était essentiellement empirique, avec une observation des déplacements des patients à l'intérieur du cabinet ou au domicile, de leur manière de se déshabiller ou de se lever d'une chaise.

On note donc une nette sous-utilisation des tests d'évaluation dans la pratique des médecins généralistes interviewés.

Les tests de dépistage des troubles de la marche validés comme le Get up and Go Test n'était jamais réalisé en pratique quotidienne. Les médecins expliquaient ne pas les connaître ni les maîtriser suffisamment et ne pas avoir le temps de les utiliser.

M1 : « les outils d'évaluation des risques de chute ça peut être intéressant pour un médecin qui est débile, qui n'a pas de bon sens ; les outils d'évaluation je pense qu'il faut se les fabriquer à partir des besoins qu'ont les gens et les besoins que nous on va avoir, il ne faut pas prendre des outils d'évaluation standard ça ne sert à rien, ... »

M2 : « pour le moment je n'ai pas de référentiels simples à utiliser... »

M3 : « Je n'en ai aucun ; je n'ai jamais utilisé une échelle ou une règle pour cela, après c'est plus par rapport à l'interrogatoire quoi »

M7 : « Non zéro, je ne les connais pas ... »

M9 : « Je n'ai pas une grille, à chaque fois que je vois une personne âgée, je n'en utilise pas. »

M10 : « pas de tests particuliers... »

Seuls deux médecins généralistes sur les dix interviewés se basaient sur certains tests d'équilibre pour évaluer le risque de chute.

M5 : « appui monopodal, après je ne me souviens plus, je ne connais que ça... »

M6 : « les regarder marcher, fermer les yeux, leur faire soulever les jambes, puis appui monopodal... »

IV.1.1.7 Sur la base de l'examen clinique :

La plupart des médecins ont déclaré se baser sur un examen clinique standard.

Les médecins insistaient sur l'observation des patients, au cabinet et à domicile.

La relation particulière de suivi au long cours qu'entretient le médecin généraliste avec ses patients faisait que le repérage était considéré comme naturel.

Beaucoup mentionnaient l'importance de l'instinct, de l'œil aguerri et habitué du médecin généraliste.

M2 : « J'inspecte la manière dont la personne va marcher, en fait si tu veux ce sont des choses qui se font toutes seules sans que je les commande, mais pour lesquelles j'ai beaucoup d'attention et c'est essentiellement de l'inspection à mon niveau... »

M3 : « l'évaluation c'est essentiellement l'examen clinique, ; je n'applique pas forcément de grille... », l'évaluation c'est essentiellement l'examen clinique, pour voir s'ils n'ont pas maigri, la perte, ou la fonte musculaire, après au niveau physique, c'est l'état cardiovasculaire, tension, hypotension et tout ça... »

M9 : « il me semble que cliniquement, quand on connaît les patients, on apprécie quand même leur état moteur, donc le risque de chute évidemment si je vois la personne arriver avec une canne le risque de chute saute aux yeux, moi je le vois comme une perte de temps, les grilles d'évaluation, c'est la clinique qui me guide... »

IV.2 Stratégies de prévention mises en place par les médecins généralistes

IV.2.1.1 Prescription pédagogique :

L'éducation des chuteurs faisait aussi partie de la stratégie de prévention des généralistes, via divers conseils et astuces de prévention.

M2 : « *C'est la synthèse de mon interrogatoire et de mon examen clinique qui me sert de prescription de conseils simples pour la personne âgée... »*

M4 : « *Je fais des recommandations pour limiter les risques de chute, au patient et sa famille... »*

M8 : « *Je fais l'éducation du patient si le patient comprend bien, concernant les gestes protecteurs... »*

IV.2.1.2 Adressage aux professionnels de santé et paramédicaux

- Kinésithérapeute :

M3 : « *oui quand j'ai des gens qui ont du mal à marcher, qui ont des risques de chute, souvent je mets en place une kinésithérapie d'aide à la marche, pour un peu les remuscler et les refaire marcher... »*

M6 : « *Si effectivement il y a un risque de chute, je conseille au patient d'aller chez le kiné, pour faire un travail sur le risque de chute, comment se relever, travailler l'équilibre, voilà quelque chose d'assez spécifique... »*

M7 : « *puis kiné évidemment... »*

- Ergothérapeute :

Les ergothérapeutes sont des acteurs très peu sollicités par les praticiens de notre étude.

Par ailleurs il existe, une méconnaissance du métier d'ergothérapeute de la part de certains médecins.

M2 : « L'ergothérapie me pose 2 problèmes : premièrement en campagne ça ne court pas les rues, et les rendez-vous d'ergothérapeutes sont super loin, donc il y a un problème de gestion et de délai des rendez-vous et deuxièmement, par méconnaissance de ma part, parce que je n'ai pas reçu beaucoup de formation à ce sujet, je n'ai pas suffisamment de connaissance sur l'ergothérapie de la personne âgée... »

M3 : « pour les chutes je n'ai jamais fait venir d'infirmières, ni d'ergothérapeutes... »

M4 : « je n'y ai pas recours, pour l'ergothérapeute, par motif financier, parce que les patients doivent payer, et quand ils doivent payer, ça coince... » (...) les ergothérapeutes sont souvent sollicités, lors de la constitution des dossiers APA ou MDPH... »

M6 : « non je n'utilise pas... »

M7 : « C'est très rare, 9/1000, ils ne sont pas disponibles... »

M9 : « Les ergothérapeutes ici sont extrêmement rares, et il y a la question de la prise en charge... »

M10 : « Pas d'ergo en libéral car pas pris en charge donc les gens n'en veulent pas, mais en EHPAD oui... »

IV.2.1.3 Avis spécialisé : Gériatre, neurologue, ophtalmologue, orl :

Les MG de notre étude ont également recours à d'autres spécialistes lors de leur prise en charge des risques de chute du SA.

M2 : « avis spécialisé, essentiellement soit le neurologue, ou le gériatre, c'est-à-dire, l'ex qui me vient à l'esprit c'est essentiellement le parkinson, j'ai beaucoup de patients parkinsoniens qui nécessitent une prise en charge plus spécialisée, plus complexe par un spécialiste soit le neurologue et le gériatre »

M6 : « Et des fois chez le neurologue... »

IV.2.1.4 Mise en place d'aides humaines

Les infirmiers et ou aides-soignants sont fréquemment sollicités par les praticiens dans le renforcement du dispositif de prévention.

Au-delà des infirmières et aides-soignantes, la famille représentait une approche fréquente des médecins généralistes pour faire accepter certaines modifications au domicile.

M7 : « *j'essaye de mettre en place des gens pour venir à domicile, aides à domicile, infirmières, toutes les aides extérieures...* »

M1 : « *c'est le CCAS, l'assistance sociale, j'envoie du monde, je fais marcher l'APA, il y a des outils qui existent, l'APA, c'est très bien vous savez, c'est mal fait par les médecins, faut devancer mais vraiment là -dedans il y a tout pour les chutes...* ».

IV.2.1.5 Réévaluation du traitement :

Tous les médecins ont mentionné le fait de réévaluer régulièrement le traitement des PA dans leur prise en charge.

M3 : *c'est la révision de la consommation médicamenteuse, les médicaments à risque de chute, il y a tellement de personnes âgées qui prennent des somnifères la nuit, pour dormir, la nuit ils chutent mais également les médicaments hypotenseurs, et les sédatifs tout ça peut aider...* »

M5 : « *je revois l'ordonnance, la prescription médicale...* »

M8 : « *je fais plutôt une évaluation du traitement. (...)si c'est médicamenteux par exemple, alors je retire le médicament ou j'évite de le prescrire, ou je réduis les doses, des morphiniques par ex ...* »

M9 : « *traiter l'ostéoporose, par exemple, la supplémentation vitamino-calcique ++++...* »

IV.2.1.6 Réaménagement de l'habitat :

La question du réaménagement de l'habitat a été fréquemment soulignée dans la démarche de la majorité des MG de notre étude.

M3 : «Moi je pense aussi qu'il y a des restrictions à faire sur l'habitat, il y a beaucoup de gens âgés comme je le disais tout à l'heure, quand tu vas chez eux, il ont des souvenirs de leur vie jeune, des biblio , des tapis , des tables basses , des chaises quand tu vas chez la personne âgée tu as du mal à marcher entre les meubles, moi je leur dit souvent : quand vous êtes âgés , il faut enlever les meubles, parce que bon ils ne serviront pas tous chez vous , vous êtes qu'à 2 , donc il faut enlever les meubles(les tapis) du moment ,qu'ils peuvent vous faire tomber... »

IV.2.1.7 Prescription d'activité physique

La prescription de l'activité physique n'était pas répandue, ni systématique mais la plupart des praticiens encourageait les patients à en pratiquer.

M4 : « ça m'arrive chez tout le monde, risques de chute ... »

M6 : « pas de prescription médicale d'activité physique, mais je leur conseille de faire de la gymnastique, des choses comme ça en général... »

M7 : « je fais toujours du préventif quoi, je force toujours à bouger, à faire de la gym, je suis médecin de sport ... »

M9 : « orientation vers les gymnastiques séniors beaucoup appréciées par les femmes, par contre quand elles vont dans des salles classiques, elles se sentent moins sécurisées... »

IV.2.1.8 Recours aux aides mécaniques :

Certains MG ont déclaré prescrire des aides mécaniques pour pallier le risque de chute des patients.

M3 : « je peux aider avec de la parapharmacie, une canne... »

IV.3 Les raisons entravant la démarche préventive des risques de chute

- Manque de temps :

M2 : « non, par manque de temps... »

M3 : « je pense que c'est le manque de temps sincèrement, on n'arrive pas à inclure dans la consultation au cabinet ou à la maison un espace pour ça, on va directement à l'essentiel, c'est vrai que par manque de temps on ne met pas en marche une évaluation précise... »

M4 : « Non parce qu'on n'a pas le temps... »

M6 : « il y a plusieurs choses à voir et ça fait des consultations longues et voilà quelques fois par le manque de temps ça passe à la trappe ... »

M7 : « en fait c'est compliqué hein, on n'a pas trop le temps... »

M9 : « Par manque de temps, c'est sûr que si on passe 15 mn ou 30 mn avec les patients on ne pose pas les mêmes questions... »

M10 : « le surbooking, manque de temps, pas forcément beaucoup de temps pour évaluer mais, ça se rajoute à la consultation standard ... »

- Méconnaissance des grilles d'évaluation :

M2 : « pour le moment je n'ai pas de référentiels simples à utiliser... »

M3 : « Quand vous n'êtes pas formé voilà hein, il faudrait passer du temps à se former sur les échelles et tout ça, je sais qu'il existe de grilles pour cela, soit tu n'es pas formé pour ça, tu ne le fais pas ... »

M4 : « je n'en ai aucun ... »

M5 : « appui monopodal, après je ne me souviens plus, je ne connais que ça... »

M7 : « Non zéro connaissance des tests d'évaluation ... »

- Banalisation ou manque d'intérêt du sujet

M4 : « on n'est pas gériatre, le gériatre c'est son travail par exemple le médecin coordonnateur en EHPAD, je me repose un peu sur lui parce que c'est son travail (...) on considère que le mec qui a glissé, c'est juste une poire... »

M5 : « NON parce que je n'y pense pas, et je ne sais pas ce que ça va me rapporter de plus, (...) Je ne suis pas contre le vieillissement en fait, c'est un peu inévitable quoi... »

M8 : « honnêtement je n'aime pas faire le dépistage de risque ... »

M10 : « si pas de risque de chute, rien, si oui lui dire de faire attention... »

- Le manque de sensibilisation des patients et des professionnels de santé

M4 : « c'est vrai que c'est un manque de sensibilisation, parce qu'on considère que celui qui a glissé et est tombé, c'est presque de sa faute, dans la bonne pensée populaire, du moins c'est de la faute de personne, c'est comme ça... »

M5 : « Déjà, je pars du principe quand ils viennent au cabinet, c'est qu'ils sont alertes, c'est pour ça, je ne les imagine pas vieux en fait, déjà l'âge je ne le regarde quasiment plus donc euh ...)

M8 : « par manque de sensibilisation des médecins, c'est le manque de réflexe, »

M9 : « l'enjeu n'est pas le même, la plupart du temps, ils pensent que cela ne leur arrivera pas, comparativement à ceux qui ont déjà chuté... »

- Manque de formation

M1 : « Que je suive des formations où ils vont m'apprendre comment faire, enfin non hein pas pour moi... »

M3 : « franchement par manque de temps et aussi par manque de formation et ou d'information... »

▪ Rupture du parcours de soins :

Les médecins généralistes ont dénoncé une absence de suivi après la prise en charge des patients par les kinésithérapeutes. Aucun retour d'information, ni fiche d'évaluation ne leur sont adressés.

D'autres dénoncent une insatisfaction de la prise en charge de certains kinésithérapeutes.

M1 : « très peu de retour des kinés en revanche dans mon expérience hein, non parce qu'ils sont mal payés et ils soignent en une demi-heure 5-6 patients, il y en a un qui est sous les ultra-violets l'autre une éponge ionique et l'autre à qui ils ont caressé le genou... »

M3 : « jamais je n'ai eu de retour des kinés, moi ça ne m'est jamais arrivé, je les envoie, et ils les prennent en charge ... »

M7 : « jamais de retour des kinés, pratiquement jamais, ça c'est compliqué, 1^{er} souci, ils envoient jamais de fiche d'évaluation, et 2^{ème} souci, problème de manque de kiné, pénurie de kiné... »

M9 : « c'est le grand problème, avec les kinés, ceux qui font une fiche d'évaluation, avec un comparatif entre l'état avant et post kiné c'est exceptionnel, ... »

M4 : « non mais j'ai souvent des relations avec eux, on discute des patients entre 2 portes, mais c'est très rare d'avoir des fiches d'évaluation des kinés... » (...) les ergothérapeutes sont souvent sollicités, lors de la constitution des dossiers APA ou MDPH. »

M6 : « il faudrait peut-être qu'il y ait moins de travail, parce que selon où on les envoie on n'est pas forcément satisfaits de ce qu'ils font hein ... »

M5 : « non, je les envoie au kiné mais, il n'y a rien derrière... »

M7 : « J'essaye de faire anticiper les infirmières, tu me dis si ça ne va pas, s'il y a des effets secondaires, tu me dis, mais quelques fois ce n'est pas le cas, tu comprends, chacun fait son travail de son côté, il n'y a pas trop euh ... »

M8 : « non c'est rare, la loi dit que oui mais en pratique ils ne le font pas... »

M9 : « c'est le grand problème, avec les kinés, ceux qui font une fiche d'évaluation, avec un comparatif... »

M10 : « non aucun malheureusement, un kiné auparavant le faisait mais, les autres ne le font plus, ils devraient le faire mais ils ne le font pas... »

- Absence de coordination interprofessionnelle/travail en réseau :

M1 : « Mais il n'y a pas de coordination, il n'y a pas de compréhension centrée sur la personne... », (...) « le médecin généraliste, est devenu un spécialiste c'est tout voilà, il n'est pas un coordonnateur de soins, faut qu'il soit un coordonnateur de soins centré sur une personne, coordonnateur, pas directeur... »

M7 : « Il faut surtout une amélioration relation médecins, infirmières, aides à domicile... »

- Problématique de la rémunération des consultations :

M8 : « également pour des raisons financières car les échelles ne sont pas cotées comme c'est le cas de la dépression, l'évaluation de la chute n'est pas cotable... »

M9 : « il nous faut des médecins qui prennent un peu plus de temps avec les patients et il faut que cela soit rémunéré... »

M9 : « Si les gens peuvent être vus à domicile, pouvaient être mieux rémunérés si on prenait plus de temps, ce serait mieux... »

- Rareté des visites à domicile :

Les praticiens déplorent également le fait qu'il y ait de moins en moins de visites à domicile, lieu de prédilection pour l'évaluation des risques de chute.

M7 : « les jeunes ne font plus de visites à domicile... »

- Manque de motivation des patients et des professionnels de santé :

M6 : « Je ne dépiste pas assez, et sur le nombre qu'on dépiste, il y a aussi ceux qui ne veulent pas y aller... »

M7 : « La personne âgée, ne motive pas trop le corps médical, quoi, il y a très peu de kinés de médecins d'infirmières qui soient motivés pour soigner des PA... »

M9 : « S'il n'y a pas d'encadrement cela ne me motive pas plus... (...) moi personnellement j'ai l'impression de ne pas pouvoir agir, sur l'amélioration des risques des chute... »

IV.4 Les perspectives d'amélioration de l'évaluation du risque de chute :

- Délégation du rôle de dépistage

M4 : « je pense qu'il faut que ce soit les infirmières, parce qu'elles connaissent très bien les patients ; on peut très bien les solliciter pour ce genre de choses, les infirmières, ce sont nos yeux chez les gens et on échange beaucoup avec elles... »

Une formation des infirmiers pour au moins nous alerter ... »

- Une consultation dédiée

Certains praticiens interviewés ont estimé qu'une consultation dédiée au dépistage des risques de chute serait envisageable.

M2 : « Une consultation dédiée uniquement au risque de chute, de la même façon que lorsqu'on fait le test de mémoire... »

M6 : « je l'intègre pour l'instant dans mes consultations, et je pense que ça pourrait très bien faire l'objet d'une consultation dédiée, pour bien évaluer les risques de chute... »

M8 : « Les consultations dédiées aux risques de chute : 2 fois par an... »

M10 : « oui effectivement une consultation simple dédiée ou deux fois par an ou à l'occasion d'une visite longue de renouvellement si majoré... »

- La formation et sensibilisation des patients et professionnels de santé

M2 : « Ensuite me former et ou m'informer sur les grilles d'évaluation de ce risque... »

M3 : « Ah oui, bien sûr, c'est intéressant de se former, d'écouter les gens qui sont spécialisés, d'expliquer comment ils font et ce qu'il faut faire... »

M4 : « oui je serai intéressé de faire cette formation-là... »

Pour la formation du public, un des praticiens a proposé la mise à disposition des patients au cabinet de supports de discussion.

M9 « Les petites plaquettes, les dépliants : c'est un support de discussion... »

- Amélioration de la communication interprofessionnelle

M4 : « la génération d'outils, est source de contraintes, dans un petit village, le médecin connaît toutes les infirmières, et les kinés, l'outil est le téléphone, et l'entente entre les professionnels... »

M7 : « Il faut surtout une amélioration relation médecins, infirmières, aides à domicile... »

- Privilégier les visites à domicile :

M5 : c'est lors des visites médicales qu'on peut améliorer, il me semble que c'est plus chez eux, qu'on peut agir, sinon c'est compliqué

M10 : « Si on peut intégrer des visites longues, pour les gens qui risquent une perte d'autonomie (...) faire des visites un peu plus ciblées sur ça... »

- Promotion de l'activité physique :

M7 : « tout ce qui est activité physique, c'est le plus important donc, il faudrait rembourser les cours de gymnastique, pour les personnes âgées, organiser des cours de gym, de façon systématique à partir de 65 et 70 ans et rembourser l'activité physique pour tout le monde... »

- Rémunération de certains actes :

Certains médecins ont suggéré l'intégration de la cotation de la chute dans les ROSP, le remboursement de l'ergothérapie si possible, la majoration des visites à domicile si consultation longue.

M7 : « faire venir un ergo de façon systématique, il faut quand même que l'ergothérapeute vienne une fois, fasse le point sur la situation quoi, si c'est possible, ils doivent nous aider... »

M8 : « le faire, systématiquement, notamment si c'est obligé et inclus dans les ROSP donc rémunérer ça t'incite, et t'oblige, comme pour les patients diabétiques, tu sais que tu dois faire une albuminémie, micro-albuminémie l'HB1AC... »

M10 : « Si les gens peuvent être vus à domicile, pouvaient être mieux rémunérer si on prendrait plus de temps, ce serait mieux (...) une consultation simple dédiée ou deux fois par an ou à l'occasion d'une visite longue de renouvellement si majoré »

- Développement d'outils informatiques

M3 : « c'est toujours intéressant d'avoir des rappels, des aides qui nous rappellent les choses à faire ou à mieux faire, à proposer plus systématiquement, et dans le logiciel au cabinet effectivement c'est l'idéal, quand tu ouvres la fiche « patient » tu as la grille qui sort, comme la courbe de poids tout âge chez l'enfant, le suivi tensionnel, les marqueurs biologiques du diabète... »

M5 : « une alarme, rappel dans les logiciels... »

M6 : « Les rappels intégrés au logiciel... »

M8 : « Essayer une alarme dans le logiciel pour les patients âgés de 65 ans et plus, 2 fois par an... »

- Les grilles d'évaluation

M3 : « moi je pense que c'est la connaissance d'une technique, d'une grille d'évaluation précise, et sa maîtrise, qui fait que la proposition du dépistage devient systématique... »

M8 : « les outils doivent être plus structurés, on doit utiliser des échelles, comme l'échelle d'Hamilton avec des questions plus subtiles, claires et directes... »

A retenir :

La problématique centrale du dépistage des risques de chute, lors de cette étude est la difficulté de prise en charge notamment avec la rupture du parcours des patients post dépistage. Celle-ci étant illustrée principalement par l'absence de retour des bilans d'évaluation effectués par les kinésithérapeutes brisant ainsi le suivi initial entrepris par le médecin généraliste. Les autres raisons évoquées par les participants de l'étude sont intriquées entre elles et représentées par un schéma récapitulatif ci-dessous.

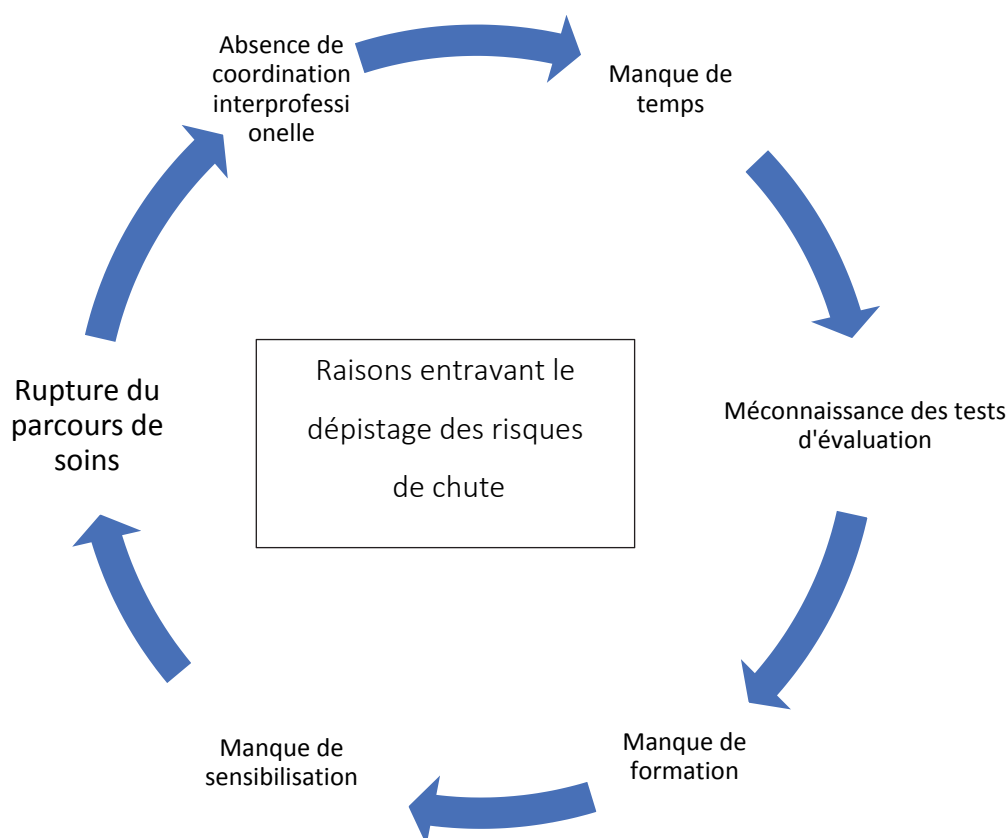


Figure 2 : Freins au dépistage des risques de chute

V DISCUSSION :

V.1 Les forces de l'étude

Le choix du sujet et de la population

Le choix du sujet s'est imposé lors de mon passage en rhumatologie avec le Docteur DUFOUR à la clinique Rhône Durance d'Avignon, dans le cadre de mon stage en SASPAS dans la région du Nord VAUCLUSE.

Nous étions fréquemment confrontés aux conséquences des chutes chez les personnes âgées, notamment avec la notion d'un tassement vertébral chez une patiente âgée qui a particulièrement retenu notre attention.

Ce sentiment d'impuissance face aux inévitables conséquences des chutes nous a sensibilisé et mené à la réalisation de ce travail.

Le choix de la méthode

La méthode qualitative était la méthode la plus adaptée à notre étude. Il s'agissait d'explorer les différentes pratiques des médecins généralistes pour mieux comprendre les limites de la réalisation du dépistage précoce des risques de chute en médecine ambulatoire, afin d'en apporter des pistes d'amélioration.

Ce mode de recherche est difficilement mesurable par une étude quantitative.

Le libre échange offert par le cadre des entretiens semi dirigés a permis aux médecins de se confier plus aisément. Un entretien par focus group n'aurait pas totalement épousé notre démarche d'étude. Certains médecins pouvaient éprouver des difficultés à s'exprimer en public, et pourraient craindre d'être jugés par les confrères sur les différences de pratiques.

Le fait que l'enquêteur soit également du métier a pu favoriser l'échange et la confiance.

Il n'existait pas de barrières interprofessionnelles entre les deux participants.

Le guide d'entretien a été élaboré en fonction de l'objectif de l'étude, et progressivement modifié avec l'entretien test en début du recueil des données.

Il a été élaboré avec des questions ouvertes permettant aux médecins de s'exprimer librement.

Le questionnaire a été élaboré en fonction de l'objectif de l'étude, et progressivement modifié avec l'entretien test en début du recueil des données.

Dans la littérature, aucune étude sur le dépistage précoce des risques de chute en médecine ambulatoire, n'a été réalisée à ce jour.

V.2 Les limites de l'étude

Notre enquête comporte quelques biais qui doivent être pris en compte dans l'interprétation des résultats.

Lors de la réalisation de cette étude, mon choix s'est porté sur les médecins avec lesquels j'étais en relation.

Ils ont été recrutés grâce au réseau créé lors de mon stage de SASPAS, et lors des soirées de FMC (Formation Médicale Continue).

Il apparaît de ce fait un biais de sélection de l'échantillon dans notre étude. La sélection a été restreinte aux médecins exerçant dans la partie nord du département du Vaucluse.

Nous avons réalisé, une étude qualitative, basée sur des entretiens semi-dirigés, la saturation des données a été obtenue au bout de 10 entretiens, ce qui est faible pour une étude qualitative. Les résultats de notre étude ne peuvent donc pas être généralisés à toute la population.

Par ailleurs la sélection s'est faite de manière aléatoire puisque ce sont les médecins qui ont accepté de répondre au questionnaire qui ont été inclus dans l'étude.

Le principal biais que présente notre étude est celui du biais de déclaration.

Il s'agit d'une étude qualitative et par conséquent nous ne pouvons confirmer les réponses données par les médecins. Tous les médecins généralistes étaient brièvement informés de l'étude par mail ou par message environ une semaine avant l'entretien, ce qui pouvait les conduire à omettre certains points concernant leur pratique. La pratique de la médecine étant propre à chaque médecin, il est possible que certains aient parfait la réalité de leur pratique quotidienne pour paraître plus actifs.

Notre étude portant sur une enquête de pratiques, les médecins essaient souvent de minimiser certains points et en valoriser d'autres.

Certains ont pu craindre le jugement par rapport à leur pratique au vu du sujet de notre étude.

Conditions de l'entretien :

Le recueil des données de notre étude, ayant été réalisé sur la période allant du mois de mars au mois de juin 2020, les conditions des entretiens n'étaient pas optimales.

Les entretiens se sont déroulés initialement au cabinet des médecins généralistes, puis par la suite en raison de la crise sanitaire, le reste des entretiens a été effectué par contact téléphonique. Il est possible que certains médecins ne soient pas totalement concentrés lors de l'entretien ou qu'ils soient expéditifs au point de raccourcir les questions afin de vite clore l'entretien.

Plusieurs médecins nous ont reçu en rendez-vous à la fin de leur programme de consultation, et d'autres entre deux consultations. Ce qui explique la durée minimale des entretiens, qui est de 09 minutes trente-quatre secondes pour une durée moyenne de 21 minutes.

Biais lié à la méthode d'analyse et d'interprétation

L'analyse des résultats a été réalisé intégralement par une seule personne, l'enquêteur. L'existence d'un biais d'analyse est de ce fait inévitable dans l'extraction et l'exploitation des données (la sélection des réponses des médecins interrogés).

Dans le souci d'une meilleure analyse, un codage a été réalisé avec une lecture indépendante effectuée par une tierce personne, externe à l'étude, pour favoriser la triangulation des données. Aucun logiciel d'analyse n'a été utilisé dans le cadre de cette étude.

Biais liés à l'enquêteur : biais d'intervention

La plupart des médecins généralistes interrogés était bien plus âgés que l'enquêteur, le caractère du chercheur a bien pu interférer dans la communication entre l'enquêteur et le participant.

Un manque d'expérience du dispositif d'investigation, nous a fait défaut.

De plus il n'y a eu qu'un seul enquêteur, sans observateur extérieur à notre étude.

Certaines questions ont pu être mal posées et mal comprises, parfois suggérées lors des relances ou dans l'orientation des questions. Un entretien réalisé par deux observateurs, pourrait permettre une meilleure objectivité. Cependant le guide d'entretien a été élaboré avec des questions ouvertes permettant aux médecins de s'exprimer librement.

V.3 Résultats comparés à la littérature :

Cette série d'entretiens individuels montre que les médecins généralistes sont assez bien sensibilisés à la problématique de la chute du sujet âgé. Cependant, la prise en charge globale de la chute soulève des difficultés pratiques et il en ressort un décalage entre les recommandations avec une approche exhaustive et la réalité du terrain. Elle apparaît essentiellement mise en œuvre dans l'urgence et non pas intégrée dans une stratégie globale d'anticipation et de prévention, pour des raisons diverses, imputables aux médecins mais également aux patients eux-mêmes et au système de soins en général.

Le dépistage précoce des risques de chute :

Le dépistage précoce des risques de chute de la personne âgée en autonomie fonctionnelle, est une pratique qui se veut systématique, pour pallier en amont aux lourdes conséquences que peuvent engendrer les chutes.

Dans notre étude, six médecins sur les dix interviewés ont déclaré réaliser un dépistage en amont de la première chute chez les personnes âgées autonomes.

Dans leur pratique quotidienne, lorsque le dépistage des risques de chute est réalisé, il est imprécis et non systématique.

Le reste des médecins effectuaient une évaluation plutôt à posteriori de la première chute, ou en cas de risque de perte d'autonomie du sujet âgé.

L'évaluation informelle du risque de chute réalisée par les médecins généralistes :

Le repérage des facteurs de risque des chutes effectué par les MG, passait par la recherche des facteurs extrinsèques et intrinsèques regroupant :

Le risque iatrogène avec les traitements pourvoyeurs de chutes (hypotenseurs, les morphiniques, sédatifs, psychotropes),

La sarcopénie secondaire au vieillissement,

La malnutrition,

Le manque d'activité,

Les troubles de l'équilibre au sens large ainsi que leurs causes plus précises à savoir les troubles sensoriels, neurocognitifs ou encore posturaux.

A cela s'ajoute, l'hypotension orthostatique et l'arthrose dont les tableaux douloureux conduisent à la prise d'antalgiques morphiniques parfois responsables d'effets centraux.

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

V.4 Les stratégies de prévention :

Comme l'ont très bien souligné les participants de notre étude, la prise en compte du risque iatrogène est une priorité dans la prévention du risque de chute.

Les médecins généralistes ont fait mention de certaines classes médicamenteuses même si elles n'ont pas été très développées comme les sédatifs, les morphiniques, les hypotenseurs.

Les données de la littérature abondent dans le même sens que les résultats retrouvés dans notre étude.

La polymédication qui correspond à l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments (18) 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. Les effets indésirables médicamenteux sont deux fois plus fréquents en moyenne après 65 ans et 10 à 20% de ces effets conduisent à une hospitalisation. Selon l'HAS, 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(18)(24).

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.

En effet les psychotropes(25), les hypoglycémifiants et les médicaments susceptibles d'entraîner une hypotension orthostatique (7) sont les principales classes médicamenteuses pourvoyeuses de risque de chute.

Certains médecins ont évoqué une supplémentation vitaminocalcique systématique des sujets âgés notamment chez les femmes. En effet l'ostéoporose avérée, constitue l'un des signes de gravité de la personne âgée à risque de chute. Une surveillance ostéodensitométrique systématique des femmes âgées serait intéressante.

Cependant concernant la supplémentation en vitamine D, 13 essais contrôlés randomisés ont été évalués dans une revue Cochrane sur l'efficacité de la supplémentation en vitamine D avec et sans calcium. L'analyse globale de la vitamine D par rapport au témoin n'a révélé aucune différence significative dans le taux de chute lorsqu'elle est administrée à des personnes âgées non sélectionnées vivant dans la communauté. Néanmoins, nous consentons à une évaluation systématique du risque d'ostéoporose avec une supplémentation en vitamine D et en calcium en cas d'ostéoporose avérée.(26)

V.5 Les freins et obstacles au dépistage précoce :

De nombreuses raisons faisant office d'obstacles au dépistage précoce ont été identifiées lors de la réalisation de l'étude.

Méconnaissance et sous-utilisation des tests d'évaluation :

Il y a très peu d'études dans la littérature sur la connaissance et l'utilisation des tests d'évaluation gériatrique notamment, des risques de chute par le médecin généraliste.

L'HAS, après une expertise collective des connaissances acquises sur le sujet, a suggéré une évaluation systématique des risques de chute en médecine générale, grâce à différents outils préalablement testés et validés par plusieurs études, compatibles à la pratique des médecins généralistes.

Ce qui ressort de notre étude est que la plupart des médecins généralistes du nord Vaucluse n'utilisaient pas de tests d'évaluation du risque de chute dans leur pratique.

En réalité, 90% des médecins généralistes interrogés méconnaissaient les tests d'évaluation pratique.

Si certains souhaitaient se mettre à jour au regard des différents tests, d'autres ne voyaient pas l'utilité d'avoir une grille d'évaluation qui semble être une contrainte.

Ils estimaient qu'une bonne connaissance des patients était la clé d'un dépistage centré patient.

En effet, les réponses sont obtenues implicitement par l'observation clinique au long cours et les changements qu'ils peuvent noter sur le long terme.

Selon eux, ces outils sont conçus pour une évaluation ponctuelle, autrement dit pour un médecin qui ne connaît pas le patient, son entourage et son environnement.

Pourtant ces tests sont rapides et simples d'utilisation. De plus ils sont reproductibles et permettent un suivi objectif en répétant les mesures dans le temps. Il est bien évidemment important d'intégrer ces outils dans le contexte général.

Par ailleurs, il serait intéressant de retenir un ou 2 tests spécifiques en concertation avec les médecins généralistes afin de favoriser l'adhésion des MG qui restent les acteurs

principaux du dépistage. L'utilisation des tests pourrait être réalisée au cours d'une consultation dédiée avec une rémunération spécifique.

Dans mon expérience personnelle, lors de mes différents stages aussi bien hospitaliers qu'ambulatoires, très peu de médecins, se servaient en pratique des tests de dépistage des risques de chute du SA.

On pourrait tenter d'expliquer cette raison par la méconnaissance des modalités de prise en charge post dépistage. Ces derniers ne sachant pas quoi faire des résultats par insuffisance de structuration de la prise en charge.

Quoiqu'il en soit, au-delà de la détection des patients à risque de chute, l'intérêt d'un dépistage avant la première chute est de pouvoir initier à temps une prise en charge multifactorielle adaptée comme évoquée ci-dessus, et de limiter la survenue de chutes et leurs conséquences défavorables en termes de morbi-mortalité et de qualité de vie.

Le manque de temps :

La raison principale invoquée de la non-utilisation des tests d'évaluation des risques de chute en médecine générale est le manque de temps. Si les médecins généralistes ont reconnu leur rôle dans le dépistage précoce des risques de chute, il n'en est pas moins, qu'ils se déclarent tous débordés par la charge de travail, et toutes les missions externes qui sont liées indirectement à leur fonction de médecin de première ligne.

Une étude montre que le médecin généraliste travaille 54,6 heures par semaine. 61% de ce temps est consacré à l'activité de diagnostic et de soins dans le cadre libéral. 19% de ce temps est consacré aux autres activités de diagnostic et de soins tels que les consultations gratuites, les activités salariées, les astreintes et les conseils téléphoniques. 8% de ce temps est consacré à la formation et aux visiteurs médicaux. 12% de ce temps est consacré aux activités administratives, à la tenue de l'agenda et à l'entretien du cabinet.

De plus, avec la raréfaction des médecins généralistes, notamment dans le nord Vaucluse et la difficulté d'accès des patients aux spécialistes, le médecin généraliste perd sa fonction initiale d'acteur principal en prévention.

Selon une étude prévisionnelle sur la démographie médicale en région PACA en 2017, une tendance à la baisse de l'effectif des médecins généralistes était prévue avec une réduction très conséquente, de 7,8% pour le département du Vaucluse.(9)

Ceci rend compte d'une réalité objective : la prévention est une activité, chronophage ou vécue comme telle. D'ailleurs, une étude évaluant le temps nécessaire à la réalisation de l'ensemble des soins préventifs recommandés aux États-Unis a abouti à des durées intenable au regard du temps de travail d'un médecin et de la durée des consultations en médecine générale.

Par ailleurs, le manque de temps évoqué par les MG au sujet du dépistage des risques de chute est probablement intimement lié à leur méconnaissance des tests d'évaluation, dont la réalisation ne nécessite que très peu de temps.

Au vu du contexte actuel de crise sanitaire, il est pertinent de tirer l'attention sur l'impact de cette dernière sur la prise en charge des mesures préventives en général et notamment des risques de chute, avec un risque éventuel de l'entretien de cette notion de manque de temps soulignée par les MG. D'où la nécessité d'une consultation dédiée au dépistage des risques de chute.

Absence de collaboration interprofessionnelle :

La prise en charge des chutes est multidisciplinaire.

Si le médecin généraliste, détient un rôle majeur dans le repérage, il s'appuie quant à la prise en charge, sur le travail des paramédicaux notamment, les masseurs kinésithérapeutes.

Dans le cadre de la prévention des chutes, le masseur kinésithérapeute est perçu comme étant un professionnel de santé incontournable et très sollicité.

D'après les médecins interrogés, ils avaient tous recours au kinésithérapeute dans leur prise en charge, pour le travail de l'équilibre, du renforcement musculaire ou l'entretien du capital musculaire.

Les bénéfices de cette prise en charge, en termes de prévention, sont reconnus. Une très forte diminution du risque de chute pour certains programmes de kinésithérapie a été décrite dans la littérature.(27)

La problématique de l'adressage au kinésithérapeute soulevée à l'unanimité par les médecins interrogés reste et demeure : l'absence de retour d'information sur la prise en charge, des kinésithérapeutes quant à leurs modalités, qu'à leurs résultats. (28)(29)

De ce fait, le patient reste régulièrement le seul lien entre les deux professionnels. La difficulté mise en évidence par ce mode de communication indirecte est le mauvais retour de transmission des informations au MG.

On assiste donc à une perte d'information, et de ce fait à une rupture du suivi du patient et de l'évolution de la prise en charge initiée, mais également une source d'erreurs médicales.

D'après le travail de thèse de Victoria BOUCHOU sur les freins à la relation entre MG et MK, cinq champs de freins à la collaboration MG-MK ont été mis en évidence.

La prescription médicale soulève un manque de précision sur différents aspects dont le diagnostic, les examens complémentaires, la définition du projet personnel du patient, une absence d'outils adaptés de communication interprofessionnelle. Aucun MK n'adressait systématiquement de BDK au prescripteur, même s'ils reconnaissent pour la plupart l'importance d'informer le médecin de l'évolution de leur prise en charge. Ils décrivent le bilan de synthèse inefficace de communication, car jugé non adapté (trop technique pour les MG) par les MK. Il a été souligné que les médecins n'en faisaient jamais la demande. L'absence de véritable réseau professionnel, la méconnaissance de la profession de MK par le médecin généraliste, des cotations utilisées par le MK sont génératrices de conflits avec les MG.(30)

Certains médecins interrogés dans notre étude, ont proposé l'outil téléphonique pour pallier le manque de communication entre MG -MK. Cependant, nous avons relevé un sentiment de dérangement souligné par les MK, et une indisponibilité des médecins car trop chargés.

Un retour d'information par les MK sanctionnés systématiquement par la CPAM pourrait contribuer à un travail en synergie et améliorer la qualité des soins. L'outil le mieux adapté pour nous, semble être la messagerie sécurisée.

Aussi il nous paraît important de réévaluer les patients adressés aux kinésithérapeutes afin de s'assurer d'une bonne évolution de la prise en charge initiée. Ceci étant très peu mentionnée par les MG interrogés.

Une réforme dans la formation médicale initiant les futurs médecins à comprendre le travail de leurs confrères paramédicaux serait bénéfique pour l'amélioration de la relation MG-MK au profit du patient.

Toutefois, certains médecins ont également émis l'idée de déléguer le dépistage des risques de chute aux infirmières.

Leur passage quotidien permet de mieux apprécier l'état clinique des patients et de référer toute apparition ou aggravation du risque de chute au médecin traitant.

Ceci suggère une action préventive dans les plus brefs délais.

L'apport des ergothérapeutes, n'étant pas pris en charge par la sécurité sociale, il est difficile aux praticiens de proposer leurs soins aux familles. Pourtant leur intervention est considérable dans l'aide à la prescription d'appareillages, de matériels et aux modifications de l'environnement.

Comme en architecture, il existe un pilier central, tel est le rôle du médecin généraliste qualifié de chef d'orchestre dans la coordination des prises en charge patients.

Le manque de motivation des patients et des médecins généralistes

Dans notre étude, 20% des médecins généralistes perçoit la chute comme étant un évènement inévitable chez les personnes âgées. L'un d'eux a déclaré « cela fait partie du vieillissement »

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.

10% des médecins généralistes interrogés, sont découragés par le manque de motivation des patients malgré tous les efforts mis en place pour les inciter à débiter ou maintenir une activité physique.

Pourtant d'après la littérature, les effets de l'activité physique sont positifs et réduisent de 30-40% la prévalence ou l'incidence des chutes.

Cependant parmi les médecins généralistes qui prescrivaient l'activité physique, certains essuient un échec devant l'absence de motivation des patients, d'autres méconnaissent la prescription des activités physiques ou n'y pensent pas.

Si le risque de chute est banalisé par les patients, c'est probablement dû au manque d'informations des patients.(31)(32)

En effet, les SA ne connaissent guère que la médecine curative, et le médecin ne peut à lui seul assurer ce travail d'éducation.

D'après les résultats d'un travail de thèse de Morgane Hennart en 2016 sur les connaissances des SA sur les chutes, il en résulte que celles-ci 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.(33)

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 (34)

Une étude a montré que les SA sous estiment le risque de chute au domicile parce que c'est le lieu où ils se sentent le plus en sécurité.(5)

D'après les données de la littérature, les campagnes de santé publique seraient le meilleur moyen d'intéresser les patients âgés aux sujets de prévention.

L'absence de rémunération du dépistage précoce des chutes :

Le manque de temps est directement corrélé à la rémunération même si les médecins généralistes ne l'avouent pas facilement. Le tarif d'une consultation est indépendant de sa durée. Le fait qu'il n'existe pas de cotation qui majore le tarif de la consultation est forcément un frein à l'intégration des tests en consultations de soins primaires.

Notons que 20% des médecins interrogés dénoncent l'absence de cotation CCAM de ce type d'acte. Il est probable qu'une codification adaptée de ces actes, comme c'est le cas dans l'évaluation de la dépression avec le test d'Hamilton, lèverait un frein à leur emploi, voire l'encouragerait.

Par ailleurs, certains médecins ont mentionné le fait que les jeunes médecins étaient moins enclins à faire des visites à domicile, sachant que c'est souvent lors de ces visites que le repérage des habitats et le dépistage des risques de chute se faisaient le mieux pour la plupart d'entre eux.

Ils ont déploré également le fait que les visites à domicile soient peu ou insuffisamment rémunérées.

De même 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.

V.6 Perspectives d'amélioration :

Face aux nombreuses difficultés rencontrées sur le terrain, les médecins généralistes interrogés ont confié leurs besoins et attentes pour améliorer leur pratique de prévention chez la personne âgée.

Amélioration de la formation des professionnels de santé :

Enrichir les pratiques d'évaluation pour enclencher un suivi de l'état fonctionnel de la personne âgée à domicile. Un programme intégrant la formation de tous les acteurs

pouvant potentiellement assurer ces évaluations notamment le médecin généraliste, le pharmacien, l'infirmière libérale, l'infirmière en gériatrie serait souhaitable.

L'intégration de la gériatrie dans la formation continue des professionnels de santé serait intéressante à prendre en compte dans la démarche préventive des risques de chute.

Privilégier les visites à domicile :

Selon nos résultats, les visites à domicile favoriseraient le dépistage des risques de chute, car les médecins se déplacent dans le milieu de vie des patients, et cela permettrait de visualiser et de prendre en compte les aménagements éventuels de l'habitat.

La délégation du rôle de dépistage aux infirmières :

L'action des IDE sur la prévention repose à la fois sur l'évaluation et la surveillance des patients.

La solution proposée par certains médecins généralistes est de déléguer le dépistage des risques de chute aux paramédicaux.

Selon la revue de gériatrie (35) faisant mention de la prise en charge des PA par les infirmières en pratique avancée en gériatrie, dans les cliniques privées notamment à Nîmes, il nous a paru intéressant d'intégrer l'IPAG dans le réseau ambulatoire, pour faciliter le travail en collaboration pluridisciplinaire.

Ce dispositif pourrait être déployé systématiquement dans les démarches de prévention pour les personnes âgées. Elle réaliserait une intervention, en recherchant les syndromes gériatriques grâce à l'utilisation de l'Évaluation Gériatrique standardisée avec une prise en charge non seulement auprès de la personne âgée mais qui englobe son environnement tant médical paramédical que social et personnel. Son rôle serait de proposer une prise en charge globale multidimensionnelle et coordonnée avec tous les professionnels (médicaux, paramédicaux, sociaux). En cas de situations complexes et

aiguës l'IPAG pourrait travailler en collaboration avec le gériatre afin d'optimiser la prise en soins.

La valeur ajoutée de l'IPAG étant d'optimiser le suivi des personnes âgées, dans une logique de plan personnalisé de soins pertinent en regard des besoins spécifiques de la personne âgée.

Sachant qu'à l'heure actuelle les IPAG ne bénéficient pas encore de décret d'application, il serait intéressant de préconiser leur mobilisation pour le suivi médical des personnes âgées à domicile sous la supervision du médecin traitant.

L'IPA étant identifiée comme un interlocuteur institutionnel privilégié afin de simplifier les échanges avec l'hôpital et les acteurs de ville, et d'identifier les événements indésirables ; on peut légitimement espérer que la mise en place de telles consultations de dépistage favorise des diagnostics plus précoces et une optimisation du temps médical.

L'IPA en gérontologie, apparaît comme un des moyens de réponse pour l'amélioration des coopérations et le développement d'une approche adaptée à la personne âgée : en consultation dédiée à domicile. Elle interviendra en soutien des dispositifs de ville nécessitant une expertise gérontologique.

Renforcer la surveillance du BDK auprès de la CPAM

La kinésithérapie est primordiale dans la prévention du risque de 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.
(27)

Les bénéfices de cette prise en charge, en termes de prévention sont reconnus. Une très forte diminution du risque de chute pour certains programmes de kinésithérapie a été décrite.(27)(36)

Le BDK :(37) outil obligatoire et protecteur, représente un reflet des examens cliniques successifs réalisés par le masseur kinésithérapeute. Il doit comporter l'évaluation initiale

des déficiences et des incapacités fonctionnelles permettant au professionnel de choisir les aides et les techniques les plus appropriées.

La réalisation d'un BDK est obligatoire depuis 1996, c'est le seul document officiel permettant de prouver la prise en charge effectuée par le masseur kinésithérapeute.

Il est reconnu comme l'un des outils principaux de coordination et d'amélioration de la qualité de la prise en charge des soins de masso-kinésithérapie par l'assurance maladie.

Au vu de l'absence des retours du travail des kinésithérapeutes, il est primordial de souligner auprès de la CPAM, l'importance de la quantification et de la surveillance du respect de cet outil dans un souci d'amélioration de la prise en charge et du suivi du SA. Renforcer la communication interprofessionnelle est prioritaire pour améliorer le travail en équipe nécessaire à la prise en charge globale des patients.

Le développement d'outils informatiques

Le BDK très peu utilisé depuis sa création semble ne convenir à aucune des professions concernées. Évoqué dans une étude qualitative française réalisée en 2015 qui s'est intéressée à la connaissance et à l'utilisation des BDK par les médecins généralistes. (28)

L'emploi de la messagerie électronique sécurisée de santé entre kinésithérapeutes et médecins traitants, pourrait être la voie d'avenir pour améliorer la communication interprofessionnelle. (38)

Par ailleurs, l'utilisation d'outils informatiques intégrés aux logiciels de consultation peuvent également servir de rappel automatique aux médecins généralistes.

Sensibilisation des patients et de leurs proches

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.(33)

Une sous déclaration des évènements de chute par les patients à leurs MG, a été décrit dans la littérature, pour cause ces derniers confient une peur d'indépendance et d'institutionnalisation.(39)(32)

La prise de conscience des risques de chute semble être le point de départ pour une prévention efficace de la chute chez les personnes âgées.

L'information est un prérequis nécessaire au changement de comportement, il est donc important d'en favoriser la diffusion.

Certains médecins ont souligné l'importance des supports de communication (dépliants informatifs) comme moyen de sensibilisation et de discussion avec les patients.

Une amélioration des campagnes d'information grand public semble être un moyen efficace dans l'accompagnement des MG aux missions de prévention.

Promotion du travail en réseau

Actuellement, les patients consultant pour la première fois un gériatre sont confrontés à des délais d'attente pouvant atteindre six mois avant d'obtenir un diagnostic selon la revue du gériatre.

Aussi nous sommes convaincus que le décloisonnement du réseau hôpital-ville s'appuyant sur le déploiement des CPTS pourrait favoriser une meilleure coordination entre les acteurs de santé.(40)

La rupture de parcours des patients notamment dans l'absence de retour de la prise en charge effectuée par les masseurs kinésithérapeutes peut ainsi donc trouver solution par le développement d'un exercice coordonné.

L'organisation mise en place par les CPTS, permet en effet de répondre aux besoins de coordination entre professionnels de santé dans le but d'améliorer l'accès aux soins des patients, et d'éviter les ruptures de parcours.

Désormais avec l'accord conventionnel interprofessionnel signé entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs des professions de santé, un soutien financier est apporté aux initiateurs d'un projet de CPTS.

Il est souhaitable de favoriser le développement de formations communes des étudiants MG et MK durant leurs études afin de faire émerger l'envie de collaborer et de créer des projets communs à l'avenir.

Consultation dédiée :

Parmi les propositions émises concernant cette consultation, il paraît intéressant d'y aborder des thèmes codifiés sur la base de recommandations officielles.

Considérer une meilleure rémunération de cette consultation, et qu'elle fasse l'objet d'une formation préalable semble approprié. La conception d'un outil d'aide informatique paraît tout à fait accessible afin d'optimiser une telle consultation.

En médecine libérale, il existe dans la tarification conventionnelle des consultations complexes longues, peut-être pourrait-on considérer une consultation dédiée à la prévention des risques de chute comme l'une d'elles pour pallier le problème de rémunération soulevé par les médecins généralistes.

Promouvoir davantage la pratique de l'activité physique :

D'après les données de la littérature, l'entraînement de l'équilibre est la clé de voûte de tout programme d'exercices de prévention des chutes. Les programmes d'exercices physiques les plus efficaces sont ceux centrés sur le travail de l'équilibre (41) . Les MG de notre étude ont déclaré majoritairement encourager les patients à garder une activité physique non spécifique, mais très peu sont sensibilisés au recours de la prescription de l'APA (Activité Physique Adaptée) encore méconnu de certains médecins généralistes.

Ils ne sont également peut-être pas assez accessibles surtout en zone rurale. Pourtant, depuis 2016, il est possible de prescrire une activité physique adaptée sur ordonnance aux patients souffrant d'une Affection de Longue Durée (ALD).

De plus, la prescription nécessite d'évaluer les capacités physiques du patient ainsi que son risque médical pour une prescription personnalisée, ce qui prend du temps puisqu'il faut intégrer un entretien motivationnel (41), d'où l'intérêt d'une consultation dédiée à la prévention des chutes.

Cependant pour faciliter la prescription médicale de l'APA, il existe un arbre décisionnel à destination des MG(42).

Globalement, les programmes qui incluent des exercices d'équilibre entraînent une réduction significative du risque de chute de l'ordre de 25 % tandis que les programmes n'incluant pas d'exercices d'équilibre n'ont pas d'effet significatif sur la prévention des

chutes. Les capacités d'équilibre de la personne doivent être stimulées de façon systématique et progressive en faisant varier le niveau de contrainte.

Les interventions comprenant spécifiquement des exercices d'équilibre dynamique (rattrapage de l'équilibre en position debout, passage d'obstacles, exercices d'assis-debout, de double-tâche, de marche avec variations de vitesse et de direction) et du renforcement musculaire des membres inférieurs améliorent la vitesse de marche et les paramètres cinématiques. (43)

Les sujets âgés fragiles doivent tout particulièrement pouvoir disposer de programmes au domicile, au plus près des activités de la vie courante.

Le programme dit Life (Life style Integrated Functional Exercise) propose des exercices pouvant être effectués lors des tâches quotidiennes (enjamber des objets, porter son poids d'une jambe à l'autre, tourner et changer de direction...). Une étude montre une diminution de 31 % du taux de chutes par rapport au groupe témoin et une amélioration des capacités fonctionnelles, de l'équilibre, de la force musculaire au niveau des chevilles et de la confiance en soi.(44)

De même une étude sur l'impact d'un programme de prévention multidisciplinaire de la chute chez le sujet âgé autonome vivant à domicile, avec analyse avant et après des performances physiques, a démontré que l'activité physique a modifié la performance des sujets à priori en bonne santé sur un certain nombre d'items qui étaient non ou mal réalisés.(27)

Toutefois , il est important de maintenir ce bénéfice sur le long terme ,ainsi donc un programme de prévention de la chute basé sur le modèle suivant : une phase initiale de sensibilisation aux risques de chute (éducation et kinésithérapie) permettant de donner aux sujets les connaissances et les moyens pour assurer eux-mêmes l'auto-entretien de leur équilibre et de leur mobilité ,puis des séances de rappel et de mises au point tous les 2 ou 3 mois afin d'entretenir les bénéfices acquis et de garder confiance en eux, serait souhaitable.

Pour finir une uniformisation des pratiques sur l'ensemble du territoire notamment avec une proposition d'un parcours de soins cohérent dans le dépistage des risques de chute serait souhaitable et utile pour le patient.

VI Conclusion

Le vieillissement démographique est une réalité, même si ce dernier n'est pas un choix, bien vieillir en est un.

La chute du sujet âgé est une porte d'entrée dans la dépendance en l'absence d'une prise en charge précoce. Celle-ci implique une prise en charge pluridisciplinaire dont le médecin traitant en est l'acteur principal.

L'objectif de notre étude, était d'explorer les pratiques des médecins généralistes du Nord Vaucluse dans le dépistage précoce des risques de chute, afin de mettre en lumière les freins liés à leur prise en charge ambulatoire et d'en apporter des pistes d'amélioration.

Ce travail nous a permis de réaliser que le dépistage du risque de chute est essentiellement basé sur l'observation et l'expérience des MG.

Les médecins ne recherchent pas systématiquement un risque de chute chez le sujet âgé autonome, même s'ils ne sont pas opposés pour la plupart à un dépistage plus systématique à l'avenir.

Les tests d'évaluation servant au dépistage, ne sont pas réalisés, considérés chronophages et surtout méconnus.

La mise en lumière des difficultés auxquelles étaient confrontées les MG dans le cadre de ce travail sont essentiellement : la méconnaissance des tests d'évaluation, le manque de temps, la rupture du parcours du patient après l'orientation vers les kinésithérapeutes en lien avec l'absence de communication interprofessionnelle, le manque de travail en réseau, le manque de formation et de sensibilisation et une absence de rémunération conséquente de ces actes de prévention.

Au regard de ces obstacles relevés par les praticiens, plusieurs perspectives pourraient être envisagées.

Dans un premier temps, il apparaît essentiel d'assurer la sensibilisation des patients au travers de la diffusion de l'information.

Favoriser la formation gérontologique de tous les acteurs de santé, pour une sensibilisation plus accrue de tous les intervenants concernés par la prise en charge du SA.

De même, une meilleure exploitation des mesures ayant déjà prouvé leur efficacité, dont l'activité physique adaptée et régulière, ax e sur le travail de l'équilibre et le renforcement musculaire de la PA serait souhaitable.

Aussi, apparaît-il indispensable de développer les collaborations interprofessionnelles en soins primaires, sous la supervision du médecin traitant, en commençant par la mise en place d'une éducation interprofessionnelle (EIP), lors des formations universitaires (MG-MK), dans le but de lutter contre la méconnaissance entre les professions.

Au même titre que les formations, l'établissement des messageries électroniques sécurisées pourrait être, l'outil le mieux adapté aux échanges entre MG et MK.

Tout ceci aboutissant à la promotion du travail en réseau avec le développement des CPTS favorisant une approche multidisciplinaire.

Un réseau au sein duquel, l'intégration d'une IPAG en lien avec le réseau ville-hôpital serait souhaitable et bénéfique dans l'évaluation globale du risque de chute, lors de la consultation dédiée.

Par ailleurs, on pourrait concevoir une intégration en objectif ROSP, de l'évaluation préventive de la chute, facteur essentiel de motivation des MG et source de cotation spécifique générant une majoration de la consultation de chute.

Enfin, on pourrait espérer en se rapprochant de la CPAM, une uniformisation des pratiques sur l'ensemble du territoire, dans la prévention primaire des risques de chute avec un parcours personnalisé du patient âgé.

A ce titre, nous avons imaginé un parcours de soins basé sur le modèle suivant, avec en perspective locale, un projet de création du CRAC (Centre Régional d'Accueil à la chute)   la clinique Rhône Durance d'Avignon, cf. annexes.

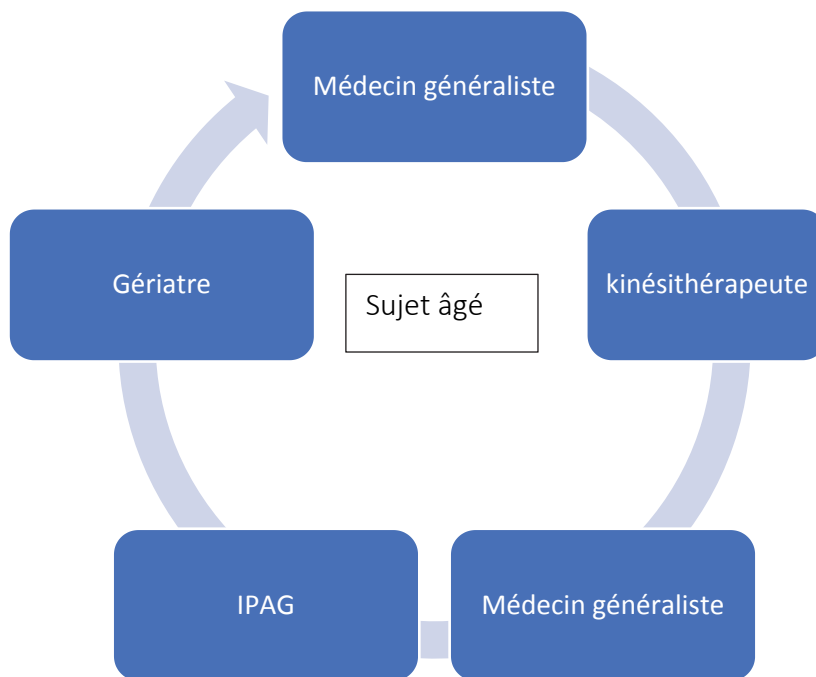


Figure 2 : proposition d'un parcours de prévention du sujet âgé

VII BIBLIOGRAPHIE

1. Prevention_chutes_fiche.pdf [Internet]. [cité 20 juin 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_fiche.pdf
2. Inserm_EC_2015_ChutesPersonnesAgees_Synthese.pdf [Internet]. [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: [https://www.inserm.fr/sites/default/files/media/entity_documents/Inserm_EC_2015_ChutesPersonnesAgees_Synthese.pdf](https://www.inserm.fr/sites/default/files/media/entity/documents/Inserm_EC_2015_ChutesPersonnesAgees_Synthese.pdf)
3. Gagnon N, Flint AJ. Fear of Falling in the Elderly. :3.
4. Le coût des chutes des personnes âgées estimé à 2 milliards d'euros pour les collectivités [Internet]. Silver Economie. 2016 [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.silvereco.fr/le-cout-des-chutes-des-personnes-agees-estime-a-2-milliards-deuros-pour-les-collectivites/3157058>
5. Pin S, Spini D, Bodard J, Arwidson P. Facteurs facilitant et entravant la participation des personnes âgées à des programmes de prévention des chutes : une revue de la littérature. Rev D'Épidémiologie Santé Publique [Internet]. avr 2015 [cité 15 nov 2020];63(2):105-18. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0398762015001285>
6. Pédrono et al. - Les chutes des personnes âgées un enjeu majeur d.pdf [Internet]. [cité 17 févr 2020]. Disponible sur: https://framework.agevillage.com/documents/pdfs/chutes_inpes.pdf
7. Deffond D. Troubles de la marche et chutes chez le sujet âgé. Rev Rhum Monogr [Internet]. juin 2019 [cité 27 févr 2020];86(3):178-82. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1878622719300268>
8. referentiel_concernant_levaluation_du_risque_de_chutes_chez_le_sujet_age_autonome_et_sa_prevention.pdf [Internet]. [cité 16 sept 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/referentiel_concernant_levaluation_du_risque_de_chutes_chez_le_sujet_age_autonome_et_sa_prevention.pdf
9. Vieillesse de la population, perte d'autonomie et dépendance à l'horizon 2030 en Vaucluse - Insee Dossier Provence-Alpes-Côte d'Azur - 10 [Internet]. [cité 26 août 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4226522>

10. Prevention_chutes_recos.pdf [Internet]. [cité 20 janv 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Prevention_chutes_recos.pdf
11. World Health Organization, éditeur. WHO global report on falls prevention in older age. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008. 47 p.
12. SPF. La surveillance épidémiologique des chutes chez les personnes âgées. Numéro thématique. Vieillesse et fragilité : approches de santé publique [Internet]. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: [/maladies-et-traumatismes/traumatismes/chute/la-surveillance-epidemiologique-des-chutes-chez-les-personnes-agees.-numero-thematique.-vieillesse-et-fragilite-approches-de-sante-publique](#)
13. La prévention des chutes [Internet]. [cité 29 août 2020]. Disponible sur: <https://www.pourbienvieillir.fr/la-prevention-des-chutes>
14. Netgen. Le syndrome de fragilité [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 4 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2323/20925>
15. Belmin PJ. La perte d'indépendance fonctionnelle en gériatrie. :38.
16. referentiel_concernant_levaulation_du_risque_de_chutes_chez_le_sujet_age_autonome_et_sa_prevention.pdf [Internet]. [cité 29 août 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application_pdf/2013-04/referentiel_concernant_levaulation_du_risque_de_chutes_chez_le_sujet_age_autonome_et_sa_prevention.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/referentiel_concernant_levaulation_du_risque_de_chutes_chez_le_sujet_age_autonome_et_sa_prevention.pdf)
17. Salgado R, Lord SR, Packer J, Ehrlich F. Factors Associated with Falling in Elderly Hospital Patients. Gerontology [Internet]. 1994 [cité 4 nov 2020];40(6):325-31. Disponible sur: [https://www.karger.com/Article/ FullText/213607](https://www.karger.com/Article/FullText/213607)
18. Monégat M, Sermet C. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. 2014;8.
19. Chute [Internet]. [cité 17 sept 2020]. Disponible sur: [/maladies-et-traumatismes/traumatismes/chute](#)
20. Troubles de la marche et de l'équilibre [Internet]. [cité 4 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.lecofer.org/item-cours-1-5.php>
21. Netgen. Evaluer les troubles de la marche des personnes âgées au cabinet

- [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 7 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-178/Evaluer-les-troubles-de-la-marche-des-personnes-agees-au-cabinet>
22. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev [Internet]. janv 2015 [cité 17 sept 2020];15(157):50-4. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1779012314004331>
 23. Michel J. Guide pratique du thésard. :84.
 24. Legrain - 2005 - Consommation Médicamenteuse chez le Sujet Agé.pdf [Internet]. [cité 4 nov 2020]. Disponible sur: http://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/pmsa_synth_biblio_2006_08_28__16_44_51_580.pdf
 25. Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO, Patel B, Marin J, Khan KM, et al. Meta-analysis of the Impact of 9 Medication Classes on Falls in Elderly Persons. Arch Intern Med [Internet]. 23 nov 2009 [cité 24 sept 2020];169(21):1952-60. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/485251>
 26. Münzer et Gnädinger - 2014 - Evaluation du risque de chute et prévention des ch.pdf [Internet]. [cité 17 févr 2020]. Disponible sur: https://medicalforum.ch/fr/journalfile/view/article/ezm_smf/fr/fms.2014.02109/05bab3ea1546d74fde879a0f9a771c31f986349f/fms_2014_02109.pdf/rsrc/jf
 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 [Internet]. 1 déc 2002 [cité 16 oct 2020];45(9):493-504. Disponible sur: <http://www.science-direct.com/science/article/pii/S0168605402003021>
 28. connaissance et utilisation des fiches de synthèse kinésithérapiques par les médecins généralistes [Internet]. [cité 26 oct 2020]. Disponible sur: <https://reims.cnge.fr/IMG/pdf/These.pdf>
 29. Bouchoou V. Les freins à la relation médecins généralistes-kinésithérapeutes: étude qualitative auprès de kinésithérapeutes. 2017;33.
 30. Bouchoou - 2017 - Les freins à la relation médecins généralistes-kin.pdf

- [Internet]. [cité 23 oct 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01925765/document>
31. Pin S, Spini D, Bodard J, Arwidson P. Facteurs facilitant et entravant la participation des personnes âgées à des programmes de prévention des chutes : une revue de la littérature. Rev D'Épidémiologie Santé Publique [Internet]. 1 avr 2015 [cité 15 août 2020];63(2):105-18. Disponible sur: <http://www.science-direct.com/science/article/pii/S0398762015001285>
 32. Lamouille M, Somme D, Corvol A. Chute du sujet âgé : en parler à son médecin ou pas ? Gerontol Soc [Internet]. 9 sept 2016 [cité 15 août 2020];38 / n° 150(2):113-26. Disponible sur: <https://www-cairn-info.lama.univ-amu.fr/revue-gerontologie-et-societe-2016-2-page-113.htm>
 33. Le sujet âgé 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 [Internet]. [cité 23 oct 2020]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/5d84187f-fc08-4900-897c-b0536ffcb6c9>
 34. Auvinet B, Berrut G, Touzard C, Moutel L, Collet N, Chaleil D, et al. Falls in the Elderly : the Need for Teamwork Through a Network. Rev Médicale Assur Mal. 1 janv 2002;33.
 35. Lenouvel C. L'infirmière de pratique avancée en équipe mobile de gériatrie. 2019;5.
 36. Boughida H. Impact d'une prise en charge alliant ateliers d'activités physiques et nutritionnels dans la prévention des chutes chez la personne âgée. 2019;53.
 37. Bilan diagnostic kinésithérapique [Internet]. [cité 6 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs/bilan-diagnostic-kinesitherapie>
 38. Lifen : Première messagerie sécurisée de santé en France [Internet]. [cité 26 oct 2020]. Disponible sur: https://info.lifen.fr/?utm_campaign=%5BSearch%5D+Messagerie+s%C3%A9curis%C3%A9e+de+sant%C3%A9&utm_source=adwords&utm_term=messagerie%20%C3%A9lectronique%20s%C3%A9curis%C3%A9e%20de%20sant%C3%A9&utm_medium=ppc&hsa_ad=462549113904&hsa_grp=108536167637&hsa_kw=messagerie%20%C3%A9lectronique%20s%C3%A9curis%C3%A9e%20de%20sant%C3%A9&hsa_ver=3&hsa_net=adwords&hsa_acc=5904495852&hsa_src=g&hsa_cam=11063956536&hsa_mt=e&hsa_tgt=kwd-

849911914716&gclid=Cj0KCQjw59n8BRD2ARIsAAmgPmJ8WlhN_t
xPgTzs_L6hEGptrYI-Utrm4ZkUc8CIIAosaUdfG6N0XXQaAgX oEALw_wcB

39. sequence=14.pdf [Internet]. [cité 15 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6807/%3Fsequence%3D14>
40. Communautés professionnelles territoriales de santé : décryptage de l'accord signé [Internet]. [cité 6 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-decryptage-de-laccord-signe>
41. Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 21 août 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-et-prevention-chutes-chez-personnes-agees>
42. Promotion, consultation et prescription médicale d'activité physique et sportive pour la santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 6 nov 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2876862/fr/promotion-consultation-et-prescription-medicale-d-activite-physique-et-sportive-pour-la-sante
43. Tiedemann A, Paul S, Ramsay E, O'Rourke SD, Chamberlain K, Kirkham C, et al. What is the effect of a combined physical activity and fall prevention intervention enhanced with health coaching and pedometers on older adults' physical activity levels and mobility-related goals?: Study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Public Health* [Internet]. déc 2015 [cité 15 août 2020];15(1):477. Disponible sur: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1380-7>
44. Faure K. Un programme régional de prévention des chutes des personnes âgées en Bretagne : le programme Equilibreizh. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie* [Internet]. 1 févr 2013 [cité 27 févr 2020];13(73):4-9. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1627483012001225>
45. 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: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2005.

VIII ABREVIATIONS

AcVC :	Accidents de la Vie Courante
SA :	Sujet Âgé
PA :	Personne Âgée
TUG:	Timed up and Go test
MG :	Médecin Généraliste
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CCAM :	Classification Commune des Actes Médicaux
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
APA :	Allocation Personnalisée à l'Autonomie
PS :	Professionnel de Santé
MK :	Masso-Kinésithérapeute
BDK :	Bilan Diagnostic Kinésithérapique
IDE :	Infirmière Diplômée d'Etat
IPAG :	Infirmière de Pratique Avancée en Gériatrie
CPTS :	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
APA :	Activité Physique Adaptée
ALD :	Affection de longue Durée
LIFE:	Life Integrated Functional Exercise
EIP:	Education InterProfessionnelle
HAS :	Haute autorité de Santé
GEPECA :	Groupe d'échange de pratiques
SASPAS :	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

IX ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Bonjour Mr/Mme, je suis BERNICE HOUESSO, interne en 5 ème semestre de médecine générale, et je réalise une thèse sur le dépistage précoce des risques de chute chez les personnes âgées autonomes dans le nord Vaucluse en médecine de ville.

Je vous remercie d'avoir bien voulu me consacrer un peu de votre temps pour réaliser cet entretien.

L'objectif de notre étude, est de savoir si le dépistage des risques de chute est véritablement pratiqué par les médecins généralistes et de connaître les raisons pouvant expliquer ce manque de démarche.

Q1) Quel âge avez-vous ? Votre sexe ? Votre lieu d'exercice ? Votre formation médicale ?

Q2) Depuis quand êtes-vous installés ? Quel est le pourcentage de personnes âgées dans votre patientèle ?

Q3) Combien en sont autonomes parmi eux ?

Q4) Prenez-vous le temps d'évaluer le risque de chute chez ces patients ?

Q5) Quand avez-vous réalisé pour la dernière fois le dépistage des risques de chute ?

Q6) Le réalisez-vous autant que vous l'aimeriez ?

Q7) Lorsque vous le faites, pourriez-vous nous en dire plus sur les outils d'évaluation des risques de chute que vous utilisez ?

Q8) Que faites-vous après l'évaluation du risque de chute ?

Q9) Adressez-vous des patients au kinésithérapeute ou à d'autres professionnels après une évaluation du risque de chute ?

Q10) Avez-vous des retours après l'évaluation du kinésithérapeute ?

Q11) Quelles sont selon vous les raisons qui entravent cette démarche ?

Q12) Comment envisagez-vous la prévention de ces risques de chute dans votre pratique ?

Q13) Quels dispositifs ou outils estimez-vous utiles à l'amélioration du dépistage précoce des risques de chute en médecine de ville ?

Mr /Mme, encore merci pour le temps que vous m'avez accordé.

Bien entendu nous vous ferons part des conclusions de l'étude.

Annexe 2 : Entretiens

Entretien M1 :

Q1)

77 ans

Homme

Jonquière

Gériatre, devenu médecin généraliste par la suite

Q2) 35 ans

Moi je veux les accompagner, le contexte des personnes âgées, n'est plus approprié.

60% de personnes âgées dans ma patientèle, le terme de personne âgée n'est plus approprié.

Q3) Sur 60% de personnes âgées, il y en a bien 55%, la sécurité sociale m'a rappelé parce que je prescris trop d'hypertenseurs, parce que j'ai beaucoup de personnes âgées.

Q4) Je l'évalue en fonction de la connaissance de leur milieu de vie, et d'eux-mêmes, leur endroit de vie, la famille, la capacité de compréhension et d'autonomie physique.

Ces « paramètres », ça c'est fondamental.

Ici en milieu rural, je vais chez eux et je repère des tas de choses. Si c'est un nunuque, un bon con, je vais lui faire des petits dessins, mais je vais m'attacher à bien lui faire comprendre. Si j'ai un mauvais con qui ne veut rien entendre, je saurai, je ferai imposer par ses enfants des tapis pour qu'il ne glisse pas, voyez ce que je veux dire ?

Donc il faut d'abord évaluer le milieu où vivent les gens, leur capacité de compréhension, ça c'est fondamental.

Quand vous vous adressez à quelqu'un, il faut que vous ayez, la capacité très rapide de voir, à qui vous avez à faire psychologiquement, sur le plan du bon sens et de

l'intelligence. Vous voyez ? Alors à ce moment-là vous pouvez émettre des propositions et des paramètres. C'est très important, parce que si vous dites à une bof paysanne le métabolisme de la vitamine D, vous voyez ? euh ... l'ostéoporose ? En revanche, si vous voyez qu'elle est mal équipée, qu'il n'y a pas d'équipement, et que les infirmières sont mal payées, qu'elles ne font pas bien leur boulot les infirmières. Il y en a qui sont mal payés ; il y en a qui veulent se faire du fric et qui s'en foutent hein, donc ça c'est important. Là où ils vivent, leur capacité de compréhension, la famille aussi, et les aides extra familiales, et si vous êtes sur le terrain, vous avez bien sûr les professionnels de santé. Comme on dit, c'est surtout les infirmières. On les laisse laver les fesses des grands-mères, quel pays de merde. Quelle honte. On les paye 6,5euros les intra musculaires, ouh (soupir). Vous êtes tombés sur un vieil aigri, (petit rire), mais vous comprenez ? Elles font un lavement, elles en ont jusque-là, c'est 10 euros, il y a des aides-soignantes qui pourraient...

Donc les infirmières, les aides-soignants, le portage des repas à domicile, tout ça. Et la famille d'abord, les enfants, les enfants qui attendent l'héritage et qui claquent la grande mère très tôt, ou bien ceux qui l'aiment et qui s'en occupent.

Ce qui est important c'est l'endroit où l'on vit. L'entourage, ça c'est principal, et la capacité de compréhension. D'abord c'est centré sur la personne. Si elle n'est pas encore trop sénile, si comme elle dit, j'ai Alzheimer, je ne me rappelle pas où j'ai mis les clés, non ce n'est pas un critère hein.

Mais après on évalue l'entourage, les enfants le lieu familial.

Ce n'est peut-être pas très bien, qu'on mette les parents dans un HLM, mais enfin, je veux dire, ils auraient facilement libéré une chambre pour une grand-mère et on aurait été tassé à 3 gosses dans une autre chambre hein. Ça se voit encore un peu dans les milieux pauvres. Mais ça ne se voit pas dans les milieux aisés. Quand il y a eu le coup de chaleur avec Mattei là, ils se sont scandalisés que l'état n'avait pas prévu de donner à boire à leur mère dans le 5 ème arrondissement, qu'elle était toute seule, dans son appartement de 150m². Voyez ? C'est ça. Je grossis le trait, mais c'est ça. Après, ils vont pleurer sur les syriens, cette bande de connards, bande d'hypocrites.

Bon oui voyez ? Donc, les aides, la famille.

Si la commune n'est pas mobilisée, le CCAS existe hein, euh voilà.

Mise à part la maladie vieillissante que l'on croit, mais qui n'est pas une maladie vieillissante, hein, le parkinsonien le vrai, à 50 ans, il est parkinsonien, il marche à petits pas, c'est vraiment un parkinson, voilà. Mais le syndrome parkinsonien, après, le précautionneux, pas seulement celui qui a du mal à s'habiller, mais au moins il a de l'arthrose, voyez un peu ce que je veux dire ? Tout ça, il peut le repérer à son cabinet, mais au fait je me demande même s'il le pèse hein. Il y a des éléments essentiels qui peuvent prévenir les chutes. D'une part on connaît bien les gens, on fait le suivi, puis ensuite les éléments gériatres c'est quoi ? Le poids, le tour de taille, et leur façon de marcher. Évidemment, si vous avez un pépé ou une mémé très obèse ou très maigre, excitée, bon déjà il faut l'observer, et l'observer sur des critères simples. Après, normalement dans ce métier, ça arrive toujours hein.

C'est un métier d'infirmière spécialisé, ça n'a rien de péjoratif, mais ça me désole, ça bouffe le boulot des infirmières. Et les jeunes gens comme vous qui ne voudront pas être des généralistes de terrain, ils seront hospitaliers. C'est la médecine polyvalente de l'hôpital, ce sont des généralistes. Je le sais, je vous mettais en stage-là, ils m'engueulaient à Avignon parce que je leur en donnait que 30 et que j'en donnait que 29 à Arles.

Les plus terribles, ce sont ceux qui passent la CAMU, qui sont médecins urgentistes. C'est marqué sur le front, ils ont un tatouage et (pff pff pff), je me moque d'eux. Ils font du bon boulot mais merde ce sont des généralistes, et les généralistes devraient avoir la capacité de lire un ECG correctement, d'être vraiment le premier recours. Les maisons polyvalentes, c'est une délégation de compétences, les informations qui viennent des personnels soignants, des personnels qui aident les gens, qui remontent vers le médecin généraliste, c'est capital ça. Comment il va savoir que la mémé a trébuché dans sa baignoire ? Elle va obligatoirement lui dire, il va lui faire passer un test, la faire monter dans sa baignoire pour voir si elle se casse la gueule ? Franchement, il faut que le médecin redevienne sérieux, ce n'est pas évident.

Q5) Anh je ne sais pas, je le réalise comme ça, je ne veux pas d'une planche algorithmique, je ne veux pas de télé médecine, pourquoi ? Parce que ça me sépare de la réalité de la personne, vous voyez ? Vous avez un standard, et vous allez essayer de le faire coller. Elle n'en veut pas de cette canne anglaise bordel, elle n'en veut pas, donc non.

C'est centré sur la personne essentiellement, dans sa façon de vivre, sur son entourage, sa façon de vivre, de s'alimenter. Par exemple dans les risques de chute, un facteur de risque de chute, c'est la malnutrition des personnes âgées. Quand on va chez eux, vous ouvrez le frigo, avec leur permission, vous voyez très bien hein.

Quand vous vous baladez, en faisant vos courses, regarder bien les caddies des personnes pauvres vous voyez bien hein. Les caddies sont pleins de saloperie, de biscuits, de trucs, il n'y a pas de fruits, il n'y a rien là-dedans, ce n'est pas vrai ? Chez les gens âgés c'est ça, et ça c'est lié à un risque d'ostéoporose et il faut distinguer d'emblée le sexe hein, je n'ai rien contre les femmes, mais c'est chez les femmes surtout qu'on dépiste les chutes à retardement hein

On découvre l'ostéoporose lorsqu'elles ont leur fracture du col ou de poignet, mais zut quoi.

Q6) Dans ma clientèle, oui dans les gens que je suis toujours, j'ai arrêté la fac depuis 14 ans, les gens je les connais depuis très longtemps, j'ai pris 2- 3 nouveaux patients, alors là je réalise mieux.

J'en ai un par exemple, il est chauffeur routier, il a 65 ans. Il trame comme chauffeur routier, mais il ne voit pas sa femme, bon sa femme fait des ménages. Ce n'est pas que je mets à côté des gens et tout ,c'est vrai ,c'est ma nature , mais, vous comprenez ? Je sens que ces gens-là, ils ont des facteurs de risque sociaux, et psycho-sociaux. J'ai un cadre de segobar, il est retraité, il était commercial grande pointure financière, etc. Sa femme, travaillait à l'époque de pénélope hein, elle travaillait à ses côtés, bref ils ont une retraite dorée, et j'avais beau informé cette dame de 74 ans sur les risques de chute, bingo. Enfin bref on s'entend bien, et donc étant en vacances elle s'est pétié le col du fémur en sortant de sa salle de bain, vous savez pourquoi ? Parce que quand je

lui demandais si elle avait une supplémentation en vitamine D, elle me disait mais ne vous en occupez pas j'ai mon gynéco. Voilà son pédiatre, son gynéco, qui eux ne sont pas à la maison, voyez, on aura bientôt un spécialiste de chute à domicile, (rire), vous voyez l'absurdité ? Il faut une synthèse médicale de raisonnement centrée sur la personne, à partir de là, on dépiste tout ce qu'on veut. Sur la personne, après dans son milieu de vie, si on n'y va pas, si on ne se déplace pas, et bah à ce moment-là on interroge et on voit le profil, on voit, tour de taille, poids, façon de marcher, capacité de compréhension, tout est centré là-dessus. Et après nous on est médecin hein, vitamine D, bon bah si elle ne comprend pas, on est autoritaire, directif, ce n'est pas beau hein, mais c'est comme ça hein. Les médecins doivent être directifs, on les bourre de vitamine D. Les vaccins c'est pareil, alors ce n'est pas éthique, si c'est éthique, qu'est-ce que voulez que je vous dise ? Alors maintenant ils vont tous vouloir se faire vacciner, et il y en a pas, (en faisant référence au coronavirus), manque de peau, ah les débiles ,vous voyez ? Mais c'est vrai hein, vous vous rendez compte du H1N1, la France a acheté des millions de doses de vaccins H1N1, c'était dingue, il y avait moins de pneumonies mortelles que maintenant. On a fait un cirque, je fais ce qu'il faut, mais il n'y a rien qui suit. Vous savez ce qu'ils ont fait des vaccins en trop ? Vous allez m'excuser, mais ils l'ont vendu à l'Afrique alors qu'ils étaient tous périmés, cette bande de fumiers. Voilà, et c'est vrai je vous assure, il y a eu des spots des journalistes du monde, et tout ça. On parle du coronavirus, et du vaccin probable qui sortira l'hiver prochain et tout ça, et je veux dire les masques, le trafic des masques et on est en train de dire que les vaccins c'était par principe de précaution pouf pouf, on ne dira pas la vérité hein.

Donc non, nous les médecins on a ce privilège, on est redevable vis-à-vis d'une personne. On a un devoir moral, pas religieux hein, éthique, de compétence, de loyauté. Comment on dépiste, il faut que la personne aie compris, il faut s'adapter. Il faut prendre du temps, et puis attends on n'est pas mariés avec les gens hein, c'est dans l'instant après ils font ce qu'ils veulent. Il faut qu'ils aient leur liberté, ils n'ont pas confiance, ils vont voir un autre qui leur dira des trucs qui les arrangent.

Q7) Alors pour la douleur, on a des outils, parce que la douleur c'est un élément analogique, c'est ressenti, donc pour tout ce qui est ressenti, vous pouvez avoir des tas d'échelles, parce que le ressenti s'exprime différemment. En fait ce qui est difficile, c'est le digital c'est à dire ce qui est mathématique. Alors les outils d'évaluation des risques de chute, ça peut être intéressant pour un médecin qui est débile, qui n'a pas de bon sens, il faut absolument qu'il comprenne le ressenti des gens.

Les outils d'évaluation, je pense qu'il faut se les fabriquer à partir des besoins qu'ont les gens et les besoins que nous on va avoir, il ne faut pas prendre des outils d'évaluation standard, ça ne sert à rien. Selon les capacités de compréhension sociales et matérielles des gens, vous ne pouvez pas vous voyez ? Déjà il faut se faire aider, les médecins ont plus besoin d'ergothérapeutes qui vont évaluer le domicile, c'est ça ce que les médecins doivent faire, ça c'est technique. Il y a des gens compétents, voyez ? Si moi je vous dis, vous mettez une barre pour relever des WC à droite et si le type est gaucher, je me plante, l'ergothérapeute saura faire, voyez ?

Qu'est-ce que je peux faire à domicile ? Une carpe qui glisse ? Il y a des gens qui sont spécialisés pour ça, pour prévenir les chutes et moi je repère d'abord la personne en question et ensuite je ne vais pas la faire rentrer dans un standard d'évaluation. Parce que chaque personne en matière de handicap, ou de risque de handicap, est différente. Parce que c'est elle qui doit décider, parce que le but de prévenir les chutes, c'est de garder la personne en autonomie, sinon à quoi ça sert ?, à se rendre compte qu'on fait bien le travail ? Qu'on fait travailler les ergothérapeutes ? Il faut préserver la personne dans son autonomie de décision : capacité de compréhension et dans son autonomie physique. Alors si vous arrivez à lui faire comprendre, c'est déjà ça. Après si vous avez du temps, si vous n'êtes pas trop un charlatan à soigner 60 patients par jour à 25 euros, vous savez vous allez gagner du pognon mais vous soignerez.... Les dévoués, ils voient 60 par jour tous les jours ah oui ah, bah dis donc, franchement c'est inadmissible.

Si vous soignez vraiment les gens, petit à petit, vous n'allez pas passer une heure à chaque fois, mais petit à petit vous allez voir des trucs.

Et donc vous vous faites aider là, des grilles, mais les grilles doivent être adaptés à chaque personne. Ce n'est pas parce que vous avez des grilles standards qu'elle s'adaptera à tout le monde, j'ai eu en charge, pendant quelques temps seulement une chercheuse de CNRS, elle me disait carrément tout ce que je devais faire voyez ? Je la recevais quoi, elle n'avait rien compris quoi.

Au bout d'un moment je lui ai dit madame, ce n'est pas moi que vous devez voir, allez voir quelqu'un d'autre.

Si vous identifiez une personne, vous l'écoutez, vous la respectez, parce que vous l'écoutez et vous la remplacez dans son contexte, vous vous n'existez pas. Rien que de l'écouter, elle est guérie, moi c'est ce que je fais hein, moi je fais ça hein, lève-toi et marche et ils sont guéris (rire).

Il faut avoir des points de repère tout ça, mais aucune publication, aucune thèse ne pourra être la grille qu'il faut. Il faut donner la possibilité au médecin de construire leur propre grille en fonction, d'être éveillé à cette problématique, qui est essentiellement de se centrer sur la personne, sur sa capacité de compréhension, son milieu de vie avec son entourage, les moyens etc.

C'est à ce moment-là que vous établissez votre propre grille, faites votre cuisine vous l'avez tout seul et puis c'est tout. Vous écoutez les autres les professionnels de santé, de ménage tout le monde, ils vont vous donner des renseignements hein. Après s'il faut faire des trous avec une perceuse, vous appelez le menuisier, ce n'est pas vous qui le faites, c'est comme un thérapeute, voyez ?

Q9) Adressage à un PS ? Non surtout pas. D'abord je leur demande de prendre une décision, ensuite sa famille, et si ça ne marche pas, c'est le CCAS, l'assistance sociale, j'envoies du monde, je fais marcher l'APA, il y a des outils qui existent, l'APA, c'est très bien. C'est mal fait par les médecins, faut devancer mais vraiment là -dedans, il y a tout pour les chutes, vous en avez des dossiers d'APA ? C'est intéressant, malheureusement ce n'est pas bien fait, parce que c'est classé appareil par appareil comme on a appris en médecine. Appareil locomoteur : bon, la force musculaire lors d'un examen clinique, vous pouvez l'apprécier. Dans le domaine de l'arthrose, qui est le principal handicap, ce

n'est pas obligatoirement un handicap de chute hein, les prothèses. Les médecins somaticiens, ont de la chance, moi je suis somaticien mais au niveau plus interniste, que mettre des prothèses de genoux en série dans une clinique privée quoi.

Q10) Si, ergothérapeute, kinésithérapeute. Les ergothérapeutes dialoguent bien avec les médecins, je pense. Avec moi, c'est certain mais les kinésithérapeutes, les infirmières aussi dialoguent bien avec le médecin, ils sont capables de dialoguer avec le médecin. Très peu de kiné en revanche dans mon expérience hein, non parce qu'ils sont mal payés et ils soignent en une demi-heure 5-6 patients, il y en a un qui est sous les ultra-violets, l'autre une éponge ionique et l'autre à qui ils ont caressé le genou.

Q11) Sur certains kinés oui, j'ai même eu un retour une fois d'un kiné. Une fois, il y en avait un qui voulait me casser la figure, alors que j'avais marqué ce que je marque toujours, renforcement musculaire, etc. Et quand ils font mal leur boulot, je mets une demi-heure au moins, ah ça les étrangle, les mauvais. Vous savez la prescription des actes paramédicaux, elle doit être précise. Maintenant elle est régulée par la sécu, le système, la technologie. Maintenant il faut mettre, BSI

(Bénéficiaires de soins infirmiers) ? Je ne sais pas quoi, si je mets soins infirmiers, ça ne passe pas à la sécu(rire). Vous vous rendez compte quand même où est ce que l'on va quoi ? Je veux bien mettre BSI, je ne réfléchis pas, je mets BSI, ALLÉLUIA. De même l'APA, quand on fait la demande d'une allocation personnalisée à l'autonomie, on demande bien si la personne mange, sort accompagner avec quelqu'un, ou avec 2 cannes. Je pense me semble-t-il vous ferez comme vous voudrez, mais dire qu'il y a des éléments qui existent pour prévenir les chutes, qu'il y a des personnels, des éléments etc. Mais il n'y a pas de coordination, il n'y a pas de compréhension centrée sur la personne, quand il y aura ça, les éléments sont là, il y a des tas de trucs de parapharmacie qui veulent se faire du pognon hein, des chaussons antidérapants, tout ce qu'on veut quoi hein.

Q12) Le médecin généraliste, est devenu un spécialisé c'est tout voilà. Il n'est pas un coordonnateur de soins, il faut qu'il soit un coordonnateur de soins centré sur la personne, coordonnateur, pas directeur. Il en sait moins sur le renforcement musculaire que le kiné, voilà. Et qu'il les forme aussi vis-à-vis des systèmes informatisés, la nouvelle

télé médecine ne peut rien pour l'autonomie des personnes âgées. On ne va pas leur filer des caméras à domicile, les caméras espions comme en chine, qui leur diront, quand ils voudront faire pipi, attention prenez la barre à droite, ou à gauche. Vous ne croyez pas non ? Franchement il faut donner de l'espérance aux gens et aussi de l'autonomie, des rêves.

Q13) Que je sois mieux formé ?

Que je suive des formations où ils vont m'apprendre comment faire ? Enfin non hein pas pour moi.

Je pense qu'il faut faire des formations, il faut que les médecins soient à nouveau centrés sur la personne, sur sa capacité de compréhension et son milieu de vie. A partir de là, on développe, ce qui existe, le cadre existant : la famille, on voit la salle de bain, ou on ne la voit pas, où on la voit qu'elle marche moins bien etc. On voit qu'elle a grossi, la pathologie, et ensuite on fait appel à ce qui existe déjà, l'APA, les ergothérapeutes, tout ça existe, les gériatres.

Vous faites un beau métier, quel bonheur de savoir que les gens vont mieux, et qu'ils ne vous doivent rien. Ils vous doivent, s'ils pensent qu'avec 25 euros ils se libèrent. C'est l'ordre des médecins qui développe ça, c'est à la fois une clientèle, ce n'est pas une clientèle mince quoi. Vous voyez un peu la nuance quoi, on se fait du pognon sur la misère.

Je suis pour la libéralité, mais il faut que ce soit les gens qui choisissent et pas les médecins qui choisissent le système. C'est au médecin de donner l'exemple, ce n'est pas aux gens. Personne ne veut le faire. Le jeune médecin, il faut bien qu'il gagne sa vie, il y a un système donc il fait payer, mais de temps en temps, je suppose qu'il arrivera à faire quelque chose de naturel sans qu'il y ait de l'argent. Celui qui en a beaucoup il va continuer à voir 60 patients par jour, donc le système, n'est pas adapté, le système de premier recours est mort en France. La médecine générale est morte en France. Il faut la refonder sur la médecine de famille, comme au Canada, on a pris le système anglais, général practionner GP, ça leur convient très bien là, bas. Vous savez ce qu'ils font là-

bas, ils ont leur liste de patients et ils font des statistiques. Plus ils font de statistiques, plus ils ont des primes.

En conclusion : la prévention doit être centrée patient et coordonnée par un professionnel formé, ça peut être un gériatre, un neurologue, un MG, un PS formé. Il y a des outils pour ça. Qu'est-ce c'est que l'autonomie et la prévention des chutes, c'est de vivre et mourir chez soi. Bon sang, c'est la plus belle mort vous ne pensez pas ?

La prescription de vit D, à quel moment la prescrire ? tôt, 45-50 ans il faut y aller c'est bien, il ne faut surtout pas doser ça ne sert à rien, ne pas se fier à l'ensoleillement, c'est difficile de faire un surdosage. Au travers de la prévention des chutes, c'est l'autonomie qu'on cherche à préserver, c'est la quantité de vie qu'il vous reste hein.

Entretien M2

Q1) 61ans, homme, installé à Mondragon

Formation : médecine générale.

Q2) 30 ans

Q3) Environ 25%

Combien en sont autonomes parmi eux ? 50%

Q4) Oui, car c'est un sujet qui m'avait interpellé.

Q5) Je la fais de façon informelle, dernière évaluation il y a 45 jours.

Q6) Non, par manque de temps, et pour le moment je n'ai pas de référentiels simples à utiliser.

Q7) Je n'ai pas d'outils référencés et c'est essentiellement lors de mon interrogatoire et lors de l'examen clinique (les manœuvres testant l'équilibre également). Je fais très fréquemment lors de l'examen de la personne âgée, les tests suivants essentiellement : le passage de la position couchée à la position debout. Donc je la fais presque systématiquement, chaque fois qu'une personne âgée va se relever de la table d'examen. Une fois en position debout, test de l'équilibre les yeux ouverts et test de l'équilibre les yeux fermés. Ensuite, je fais un petit peu de tests en dynamique, visualisation du passage à la marche active entre mon bureau et la table d'examen, à

l'aller et au retour. J'inspecte la manière dont la personne va marcher. En fait si tu veux, ce sont des choses qui se font toutes seules sans que je ne les commande, mais pour lesquelles j'ai beaucoup d'attention. C'est essentiellement de l'inspection à mon niveau.

Q8) Bien entendu, cette évaluation qui en gros est faite pendant ma consultation., donne lieu à des conseils, des prescriptions pédagogiques. En gros, je fais l'équivalent d'une prescription pédagogique à la personne âgée. En fin de consultation, je fais une synthèse de la situation où se trouve ma personne âgée, qui va déboucher sur des conseils très précis et très simples. On est quand même sur des personnes âgées, donc je ne vais pas donner des conseils complexes et je ne vais pas utiliser un langage hospitalier. Je vais utiliser un langage très simple pour donner des conseils de vie au quotidien à la personne âgée. C'est la synthèse de mon interrogatoire et de mon examen clinique, qui me sert de prescription de conseils simples pour la personne âgée.

Q9) Alors bien entendu cette évaluation que je viens de faire va déboucher sur 3 types de patients.

1^{er} groupe de patients : des patients autonomes qui peuvent se gérer à domicile et qui peuvent mettre en pratique mes conseils. Ce sont des patients qui sont dans une situation modérée de handicap vis-à-vis de l'équilibre.

2^{ème} groupe : ce sont des patients qui vont moins bien comprendre mes informations mais qui vont avoir recours à un kiné, pour faire cet apprentissage. Donc ce sont des patients qui ont des troubles plus importants qui nécessitent une prise en main par le kiné, dans le but d'un maintien à domicile d'une part et dans le réapprentissage de la coordination et de l'équilibre. Ce sont des facteurs clés pour la prise en charge de ces patients. Je ne sais pas l'intitulé exacte de ce qui est coté, qu'il faut pour les kinés, mais en gros il y a 2 prescriptions pour le kiné.

La première prescription concerne les gens qui n'ont pas trop de troubles d'équilibre et de coordination mais qui ont besoin d'être stimulés, pour entretenir leur forme physique et leur autonomie : maintien de la force musculaire, l'autonomie de la personne âgée à domicile.

La 2^{ème} : c'est la même chose avec en plus l'apprentissage ou l'entretien de l'équilibre de la coordination au niveau de la marche des membres inférieurs et les exercices d'équilibre, qu'il ne sait pas faire seul et qu'il doit faire avec un kiné.

Le 3^{ème} groupe : c'est le groupe de personnes âgées qui auront besoin d'un avis spécialisé, essentiellement soit le neurologue, ou le gériatre. C'est-à-dire ce sont des personnes qui ont des pathologies plus sévères qui ne sont pas forcément liées au vieillissement mais qui sont liées à une pathologie associée au vieillissement. L'exemple qui me vient à l'esprit, c'est essentiellement le parkinson. J'ai beaucoup de patients parkinsoniens qui nécessitent une prise en charge plus spécialisée, plus complexe, par un spécialiste, soit le neurologue et le gériatre.

Existence d'une liaison avec les ergothérapeutes, pour l'évaluation à domicile ?
L'ergothérapie me pose 2 problèmes : premièrement en campagne ça ne court pas les rues.

Les rendez-vous d'ergothérapeutes sont super loin, donc il y a un problème de gestion et de délai des rendez-vous et deuxièmement, par méconnaissance de ma part, parce que je n'ai pas reçu beaucoup de formation à ce sujet. Je n'ai pas suffisamment de connaissance sur l'ergothérapie de la personne âgée.

C'est l'intérêt justement de ta thèse de m'y sensibiliser.

Q10) Oui, alors tout à fait, on va dire que c'est kiné dépendant. Il y a des kinés qui font des fiches d'évaluation, et d'autres qui n'en font pas.

J'ai l'impression que ça dépend un peu de la pression des caisses de la sécurité sociale pour la prise en charge, et le nombre de séances prises en charge par les kinés. Tous les 5ans curieusement, on voit apparaître des fiches d'évaluation pendant quelques mois, quelques années, puis petit à petit, ça repasse à l'as. C'est-à-dire, c'est de nouveau dans un tiroir parce que certainement, cette fiche d'évaluation du kiné conditionne la prise en charge, du nombre de séances par la sécu. Donc je crois aussi que c'est sécu dépendant.

Q11) Quelles sont selon vous les raisons qui entravent cette démarche ? cf. réponses précédentes.

Q12) Bilan interrogatoire de mon examen et ma prescription de conseils.

3 volets :

Une consultation dédiée uniquement au risque de chute, de la même façon que quand on fait le test de mémoire.

Ensuite me former et ou m'informer sur les grilles d'évaluation de ce risque

Avez-vous ou souhaiteriez-vous une formation à ce sujet ?

Oui, elle est absolument fondamentale, tu touches à un point clé, car la chute de la personne âgée, c'est plus de 50% des problèmes et de la déstabilisation d'un état de base de la personne âgée, c'est-à-dire que c'est colossal quoi.

Q13) Je suis assez mal placé pour y répondre, car les outils doivent certainement être des grilles d'évaluation pour établir un score de chute.

Des centres de rééducation fonctionnelle.

Entretien M3

Q1) : 60 ans, homme, à Courthézon.

Diplômé de la faculté de Marseille, thèse en 1988, j'ai un diplôme d'anxiologie, et j'ai passé la CAMU.

Q2) Je me suis installé en septembre 1989.

50%.

Q3) : il y a 80% de personnes autonomes parmi ces patients.

Q4) : Non.

Q5) : Je ne me rappelle même plus. Sincèrement, je ne peux pas te répondre. Je crois que je n'ai jamais utilisé une échelle ou une règle pour cela, après c'est plus par rapport à l'interrogatoire quoi, surtout les gens à la maison, qui deviennent dépendants.

Le risque de chute, on commence à évaluer quand ils ont eu une chute. On se dit bon ils ont chuté une fois, ils sont en grande maison. Après la première chute, on essaye de voir ce qui se passe, pourquoi, ils ont chuté ? C'est après la première chute, qu'on réagit. Enfin moi personnellement, tant qu'ils n'ont pas chuté une fois, je ne me pose pas trop la question.

Q6) : Non.

Q7) : l'évaluation, c'est essentiellement l'examen clinique, pour voir s'ils n'ont pas maigri, la perte, ou la fonte musculaire. Après au niveau physique, c'est l'état cardiovasculaire, tension, hypotension et tout ça. Après c'est la révision de la consommation médicamenteuse. Après, je n'ai pas vraiment une grille prédéfinie, je n'applique pas forcément de grille.

Q8) : c'est plus l'impression clinique globale, entre les critères physiques en passant par l'examen du patient : musculaire et cardio vasculaire. Après, les médicaments qu'il prend, après on voit s'il est entouré s'il vit seul ou non ? Est-ce que l'habitat est adapté ou non ? Est ce qu'il s'est déjà embroché par une table ou un tapis ? S'il s'est déjà embroché avec, on travaille là-dessus.

L'examen clinique global du patient, la périphérie médicale, les médicaments qu'il prend, son environnement de vie.

Q9) : Oui quand j'ai des gens qui ont du mal à marcher, qui ont des risques de chute, souvent je mets en place une kinésithérapie d'aide à la marche, pour un peu les remuscler et les refaire marcher.

Non, j'avoue que non. Uniquement pour les chutes ? Non. Je n'ai jamais fait, je mets en place les infirmiers pour des soins de corps et pour gérer les médicaments quand ils n'arrivent plus de façon intellectuelle, sinon que pour les chutes non. Pour les chutes, je n'ai jamais fait venir d'infirmières, ni d'ergothérapeutes.

Q10) : jamais, moi ça ne m'est jamais arrivé. Je les envoie, et ils les prennent en charge. Non, à part le kiné non. Je peux aider avec de la parapharmacie, une canne

Q11) : je pense que c'est le manque de temps. Sincèrement, on n'arrive pas à inclure dans la consultation au cabinet, ou à la maison un espace pour ça, on va directement l'essentiel. C'est souvent les pathologies cardio-vasculaires ou métaboliques, puis après tant qu'il n'y a pas de chute avérée, c'est vrai que par manque de temps, on ne met pas en marche une évaluation précise, par une échelle, ou un score. Franchement par manque de temps, et aussi par manque de formation et ou d'information.

Quand vous n'êtes pas formé voilà hein, il faudrait passer du temps à se former sur les échelles et tout ça. Je sais qu'il existe des grilles pour cela. Soit, tu n'es pas formé pour ça, donc tu ne le fais pas.

Q12) pour nous, éventuellement déjà l'état physique du patient. Quand tu vois que la personne âgée se dégrade physiquement, est ce qu'il a maigri, ou se plaint de vertiges tout ça ? Ça peut déjà évoquer un risque de chute. Après, c'est une évaluation au niveau du risque cardio vasculaire, s'il y a un bon régime tensionnel, s'il n'y a pas d'hypotension, les médicaments hypotenseurs. Après ça passe aussi par les médicaments qu'elle prend. Les médicaments à risque de chute, il y a tellement de personnes âgées qui prennent des somnifères la nuit, pour dormir la nuit, ils chutent mais également les médicaments hypotenseurs, et les sédatifs tout ça, peut aider.

Moi je pense aussi qu'il y a des restrictions à faire sur l'habitat, il y a beaucoup de gens âgés comme je le disais tout à l'heure, quand tu vas chez eux, ils ont des souvenirs de leur vie jeune. Des bibliothèques, des tapis, des tables basses, des chaises. Quand tu vas chez la personne âgée, tu as du mal à marcher, entre les meubles. Je leur dis souvent, quand vous êtes âgé, il faut enlever les meubles, parce que bon, ils ne serviront pas tous chez vous. Vous êtes qu'à 2, donc il faut enlever les meubles (les tapis) du moment, qu'ils peuvent vous faire tomber.

Souhaiterais-tu avoir une formation à ce sujet ? Ah oui, bien sûr, c'est intéressant de se former, d'écouter les gens qui sont spécialisés, d'expliquer comment ils font et ce qu'il faut faire.

Q13) L'outil c'est d'avoir une grille d'évaluation avec des questions clés, qui sont les mêmes. Le fait d'avoir une grille et de la pratiquer, de la maîtriser, déjà tu t'en sers plus facilement et donc tu la fais plus fréquemment. Du coup le dépistage avance. Moi je pense que c'est la connaissance d'une technique d'une grille d'évaluation précise et sa maîtrise, qui font qu'après le dépistage, la proposition du dépistage devient systématique.

C'est comme quand tu prends la tension, t'écoutes un cœur, t'écoutes les poumons, voilà euh. Tu poses des questions, vous avez mal ? Est-ce que vous tombez ? Êtes-vous

déjà tombé chez vous ? À quelle occasion ? Est-ce que c'est avant ou après les repas ? Après les médicaments, pas de médicaments, est ce qu'il y a de l'alcool, ou pas ? Rappels automatiques dans le logiciel de consultation à programmer sur la patientèle ? C'est toujours intéressant, d'avoir un pense bête quel qu'il soit. Un pense bête informatique, un pense bête dans une grille pré-imprimée, au fond de la sacoche ou dans un tiroir, que tu peux dégainer quand tu veux. C'est toujours intéressant d'avoir des rappels, des aides qui nous rappellent les choses à faire ou à mieux faire. Proposer plus systématiquement, c'est toujours intéressant. Dans le logiciel au cabinet, effectivement, c'est l'idéal, quand tu ouvres la fiche patiente tu as la grille qui sort, et pas de soucis quoi. Comme la courbe de poids tout âge chez l'enfant, le suivi tensionnel, les marqueurs biologiques du diabète.

Entretien M4

Q1) :39 ans, Docteur en médecine, et en biologie à Châteauneuf du pape.

Installé depuis 2ans et demi.

Q2) : 10-12% de personnes âgées dont 90% de PA autonomes.

Q3) : Non, parce que je n'ai pas le temps.

Q4) : alors, je le fais souvent pour des gens, pour qui il y a des doutes de perte d'autonomie, typiquement des personnes qui vont avoir un Alzheimer ou des personnes qui auront une maladie comme une maladie de Parkinson. Oui ces personnes-là, oui je le fais, mais de façon systématique, non.

Une fois tous les 6 mois.

Non parce qu'on n'a pas le temps et qu'on n'est pas gériatre, le gériatre c'est son travail, par exemple le médecin coordonnateur en EHPAD. Je me repose un peu sur lui parce que c'est son travail.

Reformulation que le sujet concerne les personnes âgées autonomes. J'ai une petite dame de 86 ans pour laquelle, j'essaie d'avoir des aides pour éviter qu'elle chute. Quand il m'arrive de faire des visites chez ces personnes alors, j'en fais.

Q5) : je n'en ai aucun. Je regarde le transfert, les outils d'aides à la marche. Est-ce que le domicile est adapté ? Marche, tapis, salles de bains inadaptés ?

Je fais des recommandations pour limiter les risques de chute, au patient et sa famille.

Q6) : au kiné et à un professeur de sport, malheureusement je n'y ai pas recours. Pour l'ergothérapeute, par motif financier, parce que les patients doivent payer, et quand ils doivent payer, ça coince.

Q7) : non mais j'ai souvent des relations avec eux. On discute des patients entre 2 portes, mais c'est très rare d'avoir des fiches d'évaluation des kinés.

Q8) : on passe notre journée à courir. Avec les autres spécialistes, ça va beaucoup plus vite, c'est très factuel. Le motif de consultation, chez un confrère spécialiste se tient sur une ligne et traditionnellement, on n'a pas cette culture de faire. Ce type d'échange, c'est vrai que ça ne se fait qu'entre personnes de même niveau.

Après ça m'arrive d'en faire, mais les ergothérapeutes sont souvent sollicités, lors de la constitution des dossiers APA ou MDPH.

Q9) : elle s'intègre lors d'une visite, parce qu'ils ont eu un autre problème. Ce n'est pas quelque chose qui va générer une consultation en soi, c'est quelque chose qui va s'intégrer dans une autre consultation. Généralement ces personnes-là, vont m'appeler pour une angine ou de la fièvre. Le jour-là, ils ne pourront pas se déplacer au cabinet, et à ce moment-là, j'aurai un regard petit tour d'horizon quand je pousse la porte des gens.

C'est comme ça que je fais, et je continue de faire.

Lorsque les familles nous sollicitent, quand il y a un début de troubles cognitifs, une maladie neurodégénérative qui apparaît, les familles sont souvent inquiètes, et sollicitent l'appui du médecin. On le fait à un moment charnière (quand la perte de l'autonomie n'est pas encore acceptée).

Tant qu'il n'y a pas de problèmes En fait le problème de la prévention, je veux dire c'est très bien, on en fait tous les jours sur beaucoup de sujets et, parce que les autres sujets sont plus spectaculaires, et on considère que le mec qui a glissé, c'est juste une poire.

En définitive, on devrait être plus vigilants parce qu'on sait très bien les risques que ça génère. Il y a un certain nombre de patients qui viennent à décéder, post chute ou post fracture. On sait que le tiers ne passera pas l'année, mais ceci étant on ne se pose pas toujours la question de l'origine. On dira peut-être que oui, il a eu si, il a eu ça. C'est vrai que c'est un manque de sensibilisation, parce qu'on considère que celui qui a glissé et est tombé, c'est presque de sa faute, dans la bonne pensée populaire, du moins c'est de la faute de personne, c'est comme ça.

Avez-vous ou souhaiteriez-vous une formation à ce sujet ? Je serai tenté de dire pas plus que pour tout le reste, on doit se former sur tout, tout le temps, et j'essaie de faire une rotation dans les thèmes. Ma dernière formation, c'était de la gynéco, la prochaine serait de l'infectiologie, ou je ne sais quoi. Je tourne de façon régulière, donc oui je serai intéressé de faire cette formation-là.

Q13) : Je pense qu'il faut que ce soit les infirmières, parce qu'elles connaissent très bien les patients et vont plus souvent chez eux faire des pansements, vérifier une tension, une glycémie, et les aider à prendre peut-être une toilette. On est parfois autonome à domicile, avec des infirmiers qui font l'administration des thérapeutiques notamment l'insuline. On peut très bien les solliciter pour ce genre de choses, les infirmières se sont nos yeux chez les gens et on échange beaucoup avec elles.

Une formation des infirmiers pour au moins nous alerter.

Prescription médicale de l'activité physique ? Ça m'arrive chez tout le monde.

Amélioration de la communication interprofessionnelle entre médecins généralistes et kiné : parce que la génération d'outils, est source de contraintes.

Dans un petit village, le médecin connaît toutes les infirmières, et les kinés, l'outil est le téléphone, et l'entente entre les professionnels.

Entretien M5

Q1) : 46 ans, médecine générale, et DU de pédiatrie, Courthézon, semi-rurale.

Q2) : depuis 2010 donc 10 ans.

Q3) : 10% et 50%.

Q4) : Non.

Q5) : il y a quelques mois, novembre dernier.

Q6) : NON, parce que je n'y pense pas, et je ne sais pas ce que ça va me rapporter de plus.

Q7) : appui monopodal, après je ne me souviens plus, je ne connais que ça.

Q8) : je revois l'ordonnance, la prescription médicale.

Q9) : je le fais avant mon test, ce n'est pas le test qui me conduit au kiné. Souvent les personnes âgées me le disent quand même, qu'ils sont un peu instables, que la marche n'est plus totalement aisée, dans ce cas-là je les envoie au kiné.

Q10) : non, je les envoie mais, il n'y a rien derrière.

Q11) : je ne sais pas te dire, après je ne suis pas contre le vieillissement en fait, c'est un peu inévitable quoi.

Q12) : à part revoir la prescription médicale, c'est lors des visites médicales qu'on peut améliorer. S'ils sont mal chaussés chez eux, des tapis dans la salle de bain dans la chambre, s'il n'y a pas de poignet dans les salles de bain chez eux, s'ils ont une aide-ménagère, s'ils marchent avec des cannes, les orthèses peut-être, mais ça, c'est difficilement accepté. Ça m'arrive de prescrire des orthèses euh. Souvent, je leur propose des déambulateurs à roulette, ça m'arrive de le prescrire quand ils ne sont pas sûrs dès qu'ils sortent chez eux. Il me semble que c'est plus chez eux, qu'on peut agir, sinon c'est compliqué.

Déjà, je pars du principe, quand ils viennent au cabinet c'est qu'ils sont alertes. C'est pour ça, je ne les imagine pas vieux en fait, déjà l'âge, je ne le regarde quasiment plus donc euh.

Qui dit chute, c'est aussi le bilan cardiologique. Régulièrement, on se rend compte que ça fait longtemps qu'ils n'ont pas vu le cardiologue.

Avez-vous ou souhaiteriez-vous une formation à ce sujet ? Oui

Q13) : Une alarme, un rappel dans les logiciels.

Une consultation dédiée aux risques de chute serait-elle envisageable dans ta pratique ?

Non.

Entretien M6

Q1) : 57 ans, Généraliste, Courthézon, Semi rurale.

Q2) : installée depuis 2010

Q3) :15%, et 80%

Q4) : Oui j'essaye, je ne dis pas que je le fais pour tous, mais j'essaye d'y penser.

Q5) : La semaine dernière fois.

Q6) : NON je pense qu'il faudrait que j'en fasse plus.

Q7) : Les regarder marcher, fermer les yeux, leur faire soulever les jambes, puis appui monopodal.

Q8) : Si effectivement il y a un risque de chute, je conseille au patient d'aller chez le kiné, pour faire un travail sur le risque de chute, comment se relever, travailler l'équilibre, voilà quelque chose d'assez spécifique.

Et des fois chez le neurologue.

Q9) : Non, il faut revoir avec le patient. En général, ils le font après. Il y a des récalcitrants bien sûr, il y en a quand même pas mal qui ne le font pas, mais après ceux qui le font sont satisfaits. Après, quand c'est fait, il faut quand même y revenir. Il faut réévaluer au moins au bout de 6 mois, s'ils reprennent leurs mauvaises habitudes, et ne font pas ce que le kiné leur a appris, ça part vite.

Prescription médicale d'AP ? Non, pour mes patients âgés, je leur conseille de faire de la gymnastique du chi Kong. En plus on en a à Courthézon des choses comme ça, donc en général, surtout les femmes y vont assez facilement donc voilà.

Q10) : Il faudrait les(kiné) appeler, et il faudrait peut-être qu'il y ait moins de travail, parce que selon où on les envoie on n'est pas forcément satisfait de ce qu'ils font hein.

Je ne dépiste pas assez, et sur le nombre qu'on dépiste, il y a aussi ceux qui ne veulent pas y aller.

Q11) : Parce que quand ils viennent il faut faire le renouvellement de traitement, il y a plusieurs choses à voir et ça fait des consultations longues et voilà quelques fois, par le manque de temps, ça passe à la trappe.

Si visite, adressage aux ergothérapeutes ? Non je n'utilise pas.

Q12) : je demande à mes patients de venir plus souvent, pour faire ça mieux.

Une consultation dédiée aux risques de chute ? Une bonne idée, ça pourrait mieux se faire.

Avez-vous ou souhaiteriez-vous une formation à ce sujet ? oui pourquoi pas.

Q13) : Les tests dont je t'ai parlé, est ce qu'il y a d'autres tests à faire ? Dis-moi je suis preneuse.

Les rappels intégrés au logiciel.

Combien de temps consacrez-vous à l'évaluation des risques de chute lors d'une consultation ? Je l'intègre pour l'instant dans mes consultations, et je pense que ça pourrait très bien faire l'objet d'une consultation dédiée, pour bien évaluer les risques de chute.

Entretien M7

Q1) :59 ans, généraliste, DES médecine et biologie du sport, et Du de nutrition et de suivi des sportifs professionnels à Mondragon en Semi rurale.

Q2) : installés depuis 1992.

Q3) : 20% dont 90% patients autonomes.

Q4) : oui.

Q5) : hier.

Aussi souvent ? Non, je n'ai pas le temps, mais bon c'est une habitude hein. J'essaye effectivement d'avoir une approche globale du patient, évidemment je regarde toujours s'il y a un risque de chute, mais je n'ai pas un bilan systématique.

Q6) : C'est comme d'habitude : l'interrogatoire, examen clinique, voilà. C'est souvent à domicile d'ailleurs, et puis regarder les gens marcher et voir comment ils se comportent dans l'espace.

Q7) : Non, zéro connaissance des outils ? non.

Q 8) : J'essaye de prévenir l'entourage quand ils sont seuls, et j'essaye de mettre en place des gens pour venir à domicile, aides à domicile, infirmières, et puis kiné évidemment, toutes les aides extérieures.

Q9) : Oui, après je prescris aussi des, canne, déambulateur, matériel médical. Si besoin, avis médicalisé tout ce qu'il faut je prescrive, tout ça d'accord ?

Prescription AP ? oui bien sûr, par le kiné à domicile, la marche, la musculation, toute une gamme d'activités physiques.

Q10) : jamais, pratiquement jamais, ça c'est compliqué .1^{er} souci : ils envoient jamais de fiche d'évaluation, et 2^{ème} souci : problème de manque de kiné, pénurie de kiné.

Q11) : la pénurie, et le temps qui manque à toutes les professions médicales, (infirmières, kiné n'ont pas trop le temps). Je ne sais pas trop ce qu'on pourrait y faire, parce que ça prend beaucoup de temps en fait, énormément de temps. Peut-être la motivation. Les infirmières et les kinés qui prennent leur temps c'est rare quoi.

La personne âgée, ne motive pas trop le corps médical quoi. Il y a très peu de kiné, de médecin, d'infirmières qui sont motivés pour soigner des PA à domicile. En tout cas qui prennent le temps, vous savez il n'y a plus de jeunes, qui font des visites à domicile.

C'est embêtant car c'est là, que tu vois ce qui se passe, ce qui ne marche pas bien. Le lieu de vie, les endroits, ce qu'on peut faire pour que ça se passe mieux, je crois que c'est important. En fait c'est compliqué hein, on n'a pas trop le temps.

Une petite pathologie peut déstabiliser complètement les patients, assez rapidement. Donc à ce moment-là, tu ne peux pas faire de préventif quoi. Effectivement, je fais toujours du préventif, je force toujours, à bouger, à faire de la gym. Je suis médecin de sport.

C'est mon dada moi, j'en parle tous les jours, tous les jours, à tout le monde, c'est mon obsession. Je suis obsessionnel, même avec les papy et mamy, mais bon quelques fois,

malheureusement, les pathologies aiguës déstabilisent tout ça. On essaye de faire attention, là aussi. La solitude pèse et donc quelques fois on est obligé de traiter.

C'est compliqué de faire. Moi je n'aime pas voir les gens souffrir, je ne supporte pas de voir les gens souffrir. Que ce soit mental ou physique, et donc malheureusement on a des effets secondaires et c'est embêtant,

Mais bon je ne peux pas laisser quelqu'un souffrir ce n'est pas possible. Je suis médecin du sport donc, je ne peux pas laisser souffrir un sportif, parce qu'il a besoin de vite retourner sur le terrain, mais c'est pour tout le monde pareil, je ne supporte pas de voir quelqu'un souffrir

Quelques fois on est obligé de donner des doses qui sont dangereuses, je sais bien Ce sont des doses qui peuvent entraîner des effets secondaires et ça c'est embêtant. Pour la douleur, il faut qu'on soit disponible, tous les jours ou tous les 2 jours. Que les infirmières prennent le relais, malheureusement elles ne font pas trop ça, elles viennent, et elles font la toilette, donnent les médicaments, et s'en vont. Elles ne font pas trop d'interrogatoire, moi j'essaie de faire anticiper les infirmières, « tu me dis si ça ne va pas, s'il y a des effets secondaires », mais quelques fois ce n'est pas le cas, tu comprends ? Chacun fait son travail de son côté, il n'y a pas trop euh

Nous on a la chance d'avoir des infirmières au cabinet médical, là il y a un retour de nos infirmières avec les autres. Je n'ai pas souvent de retour, quelques fois sur mon téléphone, elles m'envoient des messages, des photos, mais ce n'est pas très souvent quoi. Ça arrive mais c'est rare.

Ergothérapeutes, autres PS, gériatre ? C'est très rare, 9/1000, ils ne sont pas disponibles,

Il faut surtout une amélioration des relations médecins-infirmières, aides à domicile.

Q12) : tout ce qui est AP c'est le plus important. Il faudrait rembourser les cours de gym, pour les personnes âgées, organiser des cours de gym, de façon systématique à partir de 65 et 70 ans, rembourser l'AP pour tout le monde.

Formation ? J'en fais plein de formation en médecine du sport, j'aimerais bien mais je n'ai pas le temps.

Q13) : faire venir un ergo de façon systématique. C'est remboursé ça ? Non. Surtout chez les personnes âgées seules, il faut quand même que l'ergothérapeute vienne une fois, fasse le point sur la situation. Si c'est possible, ils doivent nous aider. Parfois, on veut plus qu'ils restent chez eux, parce que c'est trop compliqué, il y a les escaliers, c'est mal foutu, soit pour ranger l'appartement. C'est son boulot ça l'ergo ?

Une consultation dédiée aux risques de chute ? Oui pourquoi pas.

Entretien M 8

Q1) : 39 ans

Q2) : médecine générale, médecine d'urgence à Châteauneuf du pape en semi-rurale,

Q2) : installé depuis 3 ans.

Q3) :30-60% avec 90% de patients autonomes.

Q4) : mais je n'utilise pas des échelles, des choses comme ça, je fais plutôt une évaluation du traitement.

Q5) : Il y a 2-3 mois.

Q6) : non je ne fais pas d'évaluation systématique, par oubli. Parfois, ta pas le réflexe de le faire, honnêtement je n'aime pas faire le dépistage de risque de chute.

Q7) : je fais une évaluation empirique, l'échelle d'équilibre de berk. Je prends en compte aussi leur capacité de périmètre de marche, antécédents d'ostéoporose, d'ancienne fracture, des troubles de la marche, des déformations des pieds, des difficultés pour se chausser, des corrections ophtalmologiques, cataracte avancée, les médicaments.

Connaissez-vous d'autres outils d'évaluation ? : échelle de Tinetti, mais plutôt utilisée dans le maintien à domicile.

Q8) : j'essaye de trouver la cause. Si c'est médicamenteux par exemple, et si c'est le cas, alors je retire le médicament ou j'évite de le prescrire, ou de réduire les doses. Si le risque de chute est très élevé, par exemple si je fais une prescription envisageant une mise en place de patch tel que du durogesic, la morphine, de la lamaline, si le risque est très élevé, le maintien à domicile est très important aussi. On ne discute pas que du

risque de chute, elle habite seule la nuit ? Ou elle a quelqu'un pour la redresser ? Ou quelqu'un pour appeler les pompiers si elle chute ?

Je fais l'éducation du patient, si le patient comprend bien, concernant les gestes protecteurs.

Q9) : bien sûr, ou ophtalmologue si c'est la cataracte, à l'ORL, si besoin appareillage.

Q10) : non c'est rare, la loi dit que oui mais en pratique ils ne le font pas.

Autres professionnels de santé : ergothérapeutes ? : non

Prescription d'activité physique : oui, j'en ai fait 2-3, mais il y a des centres agréés pour la pratique d'activité physique adaptée aux séniors. C'est bien mais pas fonctionnel, en plus on est dans une zone rurale.

Il y en a qui en sont très contents, mais pas à la longue, ils ne sont pas encadrés

Q11) : par manque de sensibilisation des médecins. C'est le manque de réflexe, comme on peut l'avoir pour l'échelle de Hamilton dans la dépression. C'est également pour des raisons financières car les échelles ne sont pas cotées comme c'est le cas de la dépression. L'évaluation de la chute n'est pas cotable et aussi par manque de temps.

Q12) :

Essayer une alarme dans le logiciel pour les patients âgés de 65 ans et plus. 2 fois par an, le faire systématiquement, notamment si c'est obligé, inclus dans les ROSP. Rémunéré, ça t'incite et t'oblige, t'énumère un peu ce que tu as à faire. Ça te donne une direction. Comme pour les patients diabétiques, tu sais que tu dois faire une albuminémie, micro-albuminémie, chaque année, l'HB1AC.

C'est comme une cible, parce que tu sais que tu dois chercher des choses spécifiques.

Q13) : Les outils doivent être plus structurés, on doit utiliser des échelles, comme le cas de l'échelle d'Hamilton avec des questions plus subtiles, claires et directes. Parfois avant même de faire l'échelle, je pensais que le patient était au plus mal alors que le score n'est pas si élevé, et vice versa.

Pas plus de 3 échelles, si recommandations il y a, à intégrer dans les ROSP pour t'y obliger ou t'inciter.

Outils dans les logiciels, avec génération de compte rendu.

Les consultations dédiées aux risques de chute : 2 fois par an.

Souhaiteriez-vous une formation à ce sujet ? Oui.

Entretien M9 :

Q1) : 65 ans

Médecine générale, médecine d'urgence et de catastrophe

Lieu d'exercice : la palud 84640.

Modalité d'exercice : semi rurale assez rurale quand même

Q2) : 35 ans.

Q3) : 50% approximativement.

Combien en sont autonomes parmi eux ? 80%.

Q4) : Ce n'est pas une recherche systématique. Mais à travers ce que je connais d'eux, puisque je les connais bien, leur état neurologique essentiellement, dans ce cas-là je recherche. Ou alors pour les femmes, si elles ont de l'ostéoporose. Et pour le reste, je vois comment ils se déplacent, leur motricité mais ce n'est pas un interrogatoire systématique.

Q5) : Cette semaine -ci. Tout dépend comment ? Je n'ai pas une grille, à chaque fois que je vois une personne âgée. Je l'envisage, je le réalise selon les arguments que je vous ai donné plus haut.

Et ça dépend aussi, en fonction des tranches d'âges. Entre 65 ans et 100 ans, la problématique est différente. Chez les personnes de moins ou plus de 80 ans, j'en ai énormément qui ont plus de 80 ans, qui viennent au cabinet. Leur état moteur s'est vachement amélioré par rapport à il y a 35 ans.

Q6) : Lorsque vous le faites, pourriez-vous nous en dire plus sur les outils d'évaluation des risques de chute que vous utilisez ? Je n'en utilise pas. Il me semble que cliniquement, quand on connaît les patients, on apprécie quand même leur état moteur, donc le risque de chute. Évidemment, si je vois la personne arriver avec une canne, le risque de chute saute aux yeux.

Je ne le fais pas systématiquement, je leur pose la question.

Par manque de temps, c'est sûr que si on passe 15 mn ou 30 mn avec les patients on ne pose pas les mêmes questions. Quand je vois que la personne est lente, elle est lente. Moi je le vois comme une perte de temps, les grilles d'évaluation, c'est la clinique qui me guide.

Q7) : je l'interroge sur son activité, sur son appartement, le logement, et les aides dont elle dispose éventuellement. Je connais l'habitat des personnes, et c'est évident que la plupart sont inadaptés. Les ergothérapeutes ici, sont extrêmement rares, et il y a la question de la prise en charge.

Et par expérience, quand ils viennent, leurs préconisations ne sont pas suivies. Pour une personne qui n'a pas chuté, l'enjeu n'est pas le même. La plupart du temps, ils pensent que cela ne leur arrivera pas, comparativement à ceux qui ont déjà chuté.

Q8) : Oui, surtout pour les troubles de l'équilibre, et à fortiori les déficiences motrices. Les gymnastiques sénières ont eu un grand succès à la Palud, il y a un certificat médical nécessaire. Il y a eu plus de demandes, c'est intéressant pour elles, surtout les femmes. D'une part, parce qu'elles ont conscience que c'est de la gymnastique et que c'est adapté à leurs âges, et en plus elles se retrouvent entre elles et avec d'autres personnes. Les hommes sont beaucoup moins réceptifs par rapport aux femmes. Ce n'est pas une association, elles ont pas à payer, c'est très bien, ce n'est pas une association et c'est à l'année : une fois par semaine.

Quand elles vont dans des salles classiques, elles se sentent moins sécurisées.

Q9) : C'est le grand problème, avec les kinés, ceux qui font une fiche d'évaluation, avec un comparatif entre l'état avant et post kiné c'est exceptionnel.

Là, il manque tellement de kiné, les gens racontent comment ça se passe. Ils prennent plusieurs personnes à la fois.

Q10) : Moi je pense que la clinique, sans que cela ne soit rigoureux, et quand on va à domicile, on évalue, si les escaliers sont dangereux. Moi personnellement, j'ai l'impression de ne pas pouvoir agir, sur l'amélioration des risques des chute.

C'est l'évaluation clinique qui prime, parce que si on se met aux grilles, les facteurs de risque cardiovasculaires, la mémoire, le diabète, on n'en finit pas. Il nous faut des

médecins qui prennent un peu plus de temps avec les patients, et il faut que cela soit rémunéré au temps passé. On ne peut pas non plus passer une heure avec chaque malade hein.

Q11) : je cherche des causes neurologiques, l'habitat, et après les pousser en aval, à garder une activité physique régulière adaptée. La fonte musculaire est une cause, traiter l'ostéoporose, par exemple.

Supplémentation vitaminocalcique ++++

Avez-vous eu une formation sur les risques de chute ? Non et compte tenu de mon âge, non.

S'il n'y a pas d'encadrement, cela ne me motive pas plus, mais je pense que je suis attentive.

Q13) : Centre de gymnastique

Les petites plaquettes, les dépliants : c'est un support de discussion, des fois, ils peuvent plus paraître qu'ils ne le sont, et parfois ils sont dans le déni.

Consultation dédiée : 2 fois par an, c'est irréalisable. Ce serait bien, on peut donner des conseils, pour les consultations dédiées. Il faut plus de praticiens, il faut revoir la prise en charge de façon globale des patients.

Entretien M10

Q1) : Age : 57 ans

Formation : médecine générale

Lieu d'exercice : Courthézon

Modalité d'exercice : semi-rurale

Q2) : 29 ans.

Q3) : pff, faudrait que je regarde sur Amélie ça, 30%

Combien en sont autonomes parmi eux ? 80%.

Q4) : c'est toujours compliqué, tout dépend de l'autonomie et du handicap qu'ils ont, on va dire non. Chaque cas est particulier hein, on est en médecine générale, on est un

peu plus attentif sur certains et moins chez d'autres. Certains demandent une attention particulière.

C'est quand on voit que les gens commencent à ne plus venir au cabinet justement et qu'on les voit à domicile, quand ils commencent à être moins sûr sur leurs jambes, on peut commencer à être plus attentif.

Q5) : Il n'y a pas longtemps, la semaine dernière.

Q6) : Non, peut-être le surbooking, manque de temps. Pas forcément beaucoup de temps pour évaluer mais, ça se rajoute à la consultation standard.

Si les gens peuvent être vus à domicile, pouvaient être mieux rémunérer, si on prendrait plus de temps, ce serait mieux.

Q7) : Pas de tests particuliers. En dehors des psychotropes, les médicaments anti-hypertenseurs qui peuvent les fatiguer, et puis le faire marcher à domicile, voir comment ils marchent.

Q8) : Pas de risque de chute, rien. Si oui, lui dire de faire attention.

Q9) : Oui bien sûr. J'ai oublié la prescription du kiné, celle de la sécurité sociale, du type maintien de la personne âgée à domicile et renforcement musculaire.

Pas d'adressage à d'autres professionnels de santé.

Pas d'ergo en libéral, car pas pris en charge, donc les gens n'en veulent pas, mais en EHPAD oui.

Q10) : Non aucun malheureusement, un kiné auparavant le faisait mais les autres, ne le font plus. Ils devraient le faire mais ils ne le font pas.

Q11) : Un non-envoi des bilans par les kinés, c'est le plus important, ensuite je ne vois pas.

Si. On peut intégrer des visites longues, pour les gens qui risquent une perte d'autonomie.

Q12) : Y penser un peu plus, et faire des visites un peu plus ciblées sur ça.

Consultation dédiée au risque de chute ? Oui effectivement, une consultation simple dédiée ou deux fois par an ou à l'occasion d'une visite longue de renouvellement si majorée.

Formation ? Oui déjà formé là-dessus, il y a 10 ans.

Tests d'évaluations ? C'est ce qu'on fait régulièrement, mais je ne savais pas que ça rentrait dans des tests.

Prescription médicale de l'activité physique ? Pas pour moi pour l'instant.

Q13) : Consultation dédiée.

Annexe 3 : Projet de création d'un Centre Régional d'Accueil à la chute à la Clinique Rhône Durance ELSAN AVIGNON

La chute du sujet âgé est un problème de santé publique bien identifié.

Si les programmes de prévention sont reconnus comme efficaces, ils sont malheureusement insuffisamment proposés.

L'originalité du projet de création d'un CRAC est de décliner lors de l'épisode de la chute où pourront être traités dans le même temps et le même cadre les conséquences de cette chute, son origine et la mise en route de sa prévention.

Le parcours de soins actuel d'un sujet âgé chuteur est généralement après une appréciation clinique par le médecin traitant et/ou un appel au SAMU ou aux pompiers, un passage aux urgences hospitalières.

Après un bilan traumatologique et la recherche d'une étiologie immédiatement curable ou justifiant une prise en charge spécialisée, le patient est soit renvoyé à domicile si les éléments pré-cités le permettent, soit hospitalisé dans le service adapté à la situation. Il s'agit en règle du service de chirurgie orthopédique où sont traités les conséquences traumatologiques de la chute.

Quant à la chute elle-même, elle est très rarement analysée et encore plus exceptionnellement traitée comme l'élément essentiel initial.

Sachant que statistiquement un chuteur rechutera, cette carence justifie un regard organisationnel innovant.

L'organisation structurelle des services de la clinique Rhône-Durance et des cliniques orthopédiques du groupe ELSAN à Avignon offre l'opportunité d'une prise en charge du sujet chuteur permettant dans le même temps de traiter les conséquences de la chute, de bilancer le chuteur et de proposer une prévention efficace des futurs épisodes.

Le parcours proposé au chuteur est d'être adressé par son médecin traitant ou par les pompiers ou par les services d'urgence (SAMU, Pompiers) au CRAC de Rhône-Durance. Le patient est accueilli par le service de soins non programmés qui d'emblée réalise un bilan d'accueil établissant les conséquences traumatiques et le bilan étiologique initial (cardiologique et neurologique).

En cas de lésions traumatologiques nécessitant éventuellement une sanction chirurgicale, un avis orthopédique est pris par WhatsApp (ou autre) auprès d'un orthopédiste du groupe ELSAN. Si un geste est retenu, il est adressé en clinique chirurgicale sous réserve de l'avis anesthésiste pris sur le site de Rhône-Durance. Un retour en hospitalisation a lieu à la clinique Rhône-Durance dans les plus brefs délais où seront pratiquées les investigations complémentaires pour apprécier le statut de chuteur et les risques inhérents.

Si l'élément traumatologique ne justifie pas de geste chirurgical, le patient nécessitera peut-être une hospitalisation en raison de l'impotence fonctionnelle douloureuse ou de déséquilibres médicaux (fracture du bassin ou vertébrale... troubles hydro électrolytiques...). L'hospitalisation permettra là aussi de pratiquer les investigations complémentaires pour apprécier le statut de chuteur et les risques inhérents.

Si les conséquences de la chute n'imposent pas d'hospitalisation, des soins immédiats conséquents à cette chute seront pratiqués de même que le bilan étiologique de la chute avec ses conséquences de prise en charge ultérieure. Soit lors du jour de la consultation, soit en très brefs délais en soins externes.

Cette approche de la chute et du sujet chuteur offrirait de multiples avantages médicaux :

Pour le patient, unité de lieu, de temps et efficacité à terme. Sans compter l'impact psychologique chez le sujet chuteur âgé d'une prise en charge moins traumatisant qu'un passage aux urgences dans le contexte actuel.

Pour le médecin traitant, intégration de son patient dans un parcours de soins bien établi.

Pour le spécialiste d'organes qu'est le rhumatologue, intérêt d'une prise en charge rapide des conséquences traumatologiques médicales (tassement vertébral par exemple) et mise en œuvre possible rapide d'une prévention des fractures ostéoporotiques dont la chute est une circonstance très fréquente.

Les potentialités nécessaires à une telle organisation structurelle sont réunies sur le site de la clinique Rhône-Durance et des cliniques chirurgicales du groupe ELSAN :

- Possibilité d'un accueil non programmé permanent
- Possibilité d'un bilan d'imagerie immédiat
- Possibilité d'un avis cardiologique, orthopédique, anesthésique immédiat avec transfert chirurgical immédiat
- Possibilité d'une hospitalisation médicale immédiate
- Avis immédiat du médecin du CRAC

L'organisation de ce CRAC aura pour chef d'orchestre un médecin de préférence rhumatologue car averti notamment des conséquences de la chute sur la stabilité des désordres de l'appareil locomoteur. Son travail sera celui de coordonner les divers acteurs médicaux et paramédicaux intervenants dans la prise en charge du patient chuteur.

Les moyens à mettre en œuvre (en sus de la communication auprès de la communauté médicale d'un tel centre) :

- Ouverture de lits de médecine (nombre initial ?)
- Recrutement de deux médecins rhumatologues, gériatres dont le statut pourrait être mixte
- Recrutement de personnels paramédicaux (un kiné, un ergothérapeute)
- Ouverture souple des services d'imagerie
- Utilisation de l'unité d'ostéodensitométrie et des plateformes de stabilométrie (actuellement au sein du service de rhumatologie).

Le financement pourrait être effectué uniquement dans le cadre d'une pratique libérale mais sans doute serait-il intéressant pour la structure de réfléchir aux forfaits dits d'environnement.

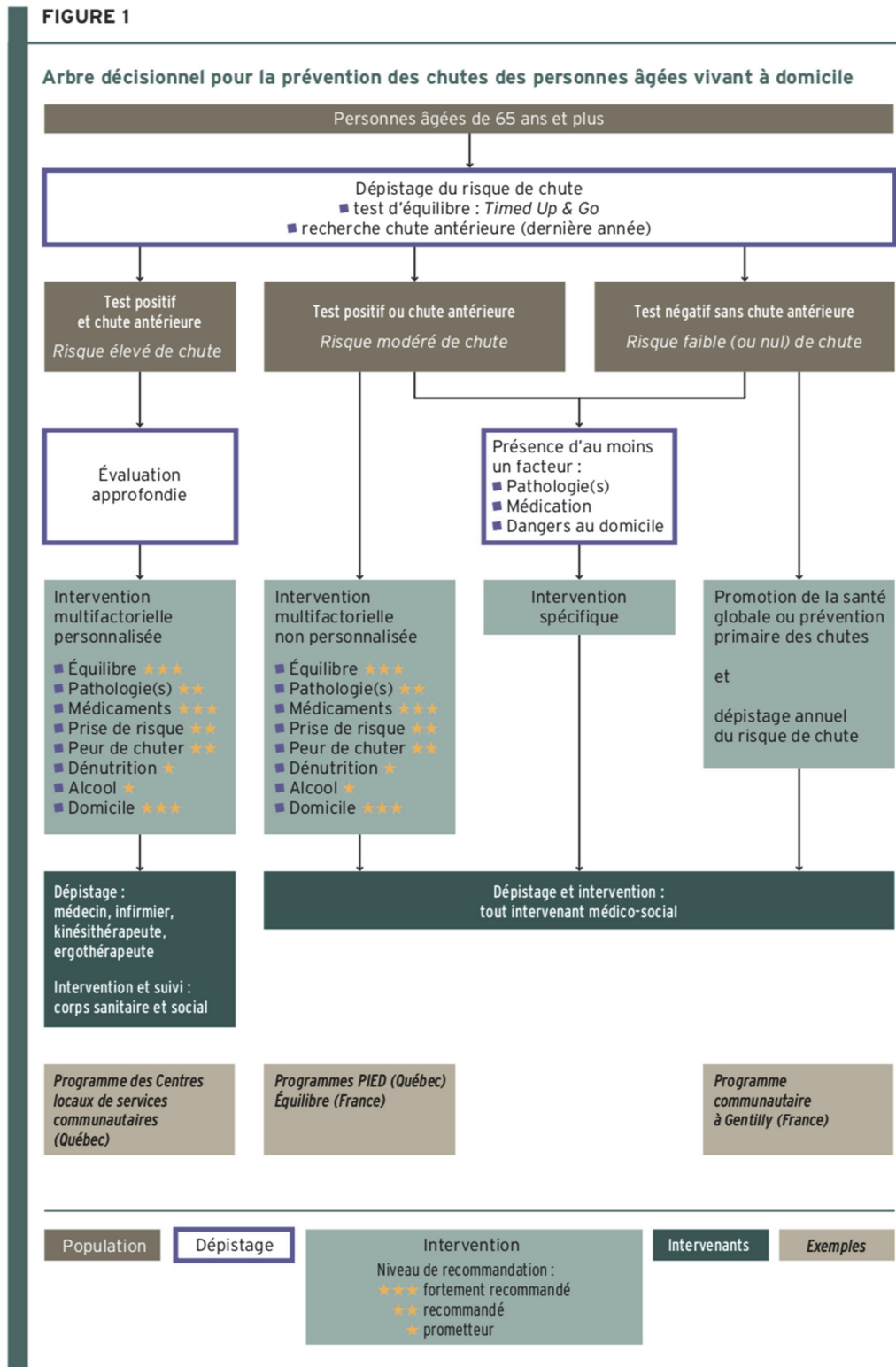
Un tel regard organisationnel sur la chute est original, pertinent et à ma connaissance serait unique en France. L'Agence Régionale de Santé (ARS), Santé Publique, l'Assurance Maladie y sont sensibles et le succès d'une telle entreprise aurait valeur d'exemple.

Annexe 4 : Facteurs de risques Intrinsèques et Extrinsèques :

(Selon la HAS et la SFRDMG 2005) (1)

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 5: Arbre décisionnel pour la prévention des chutes des personnes âgées vivant à domicile (45)



Annexe 6 : Arbre décisionnel pour la prévention des chutes chez la personne âgée

(1)

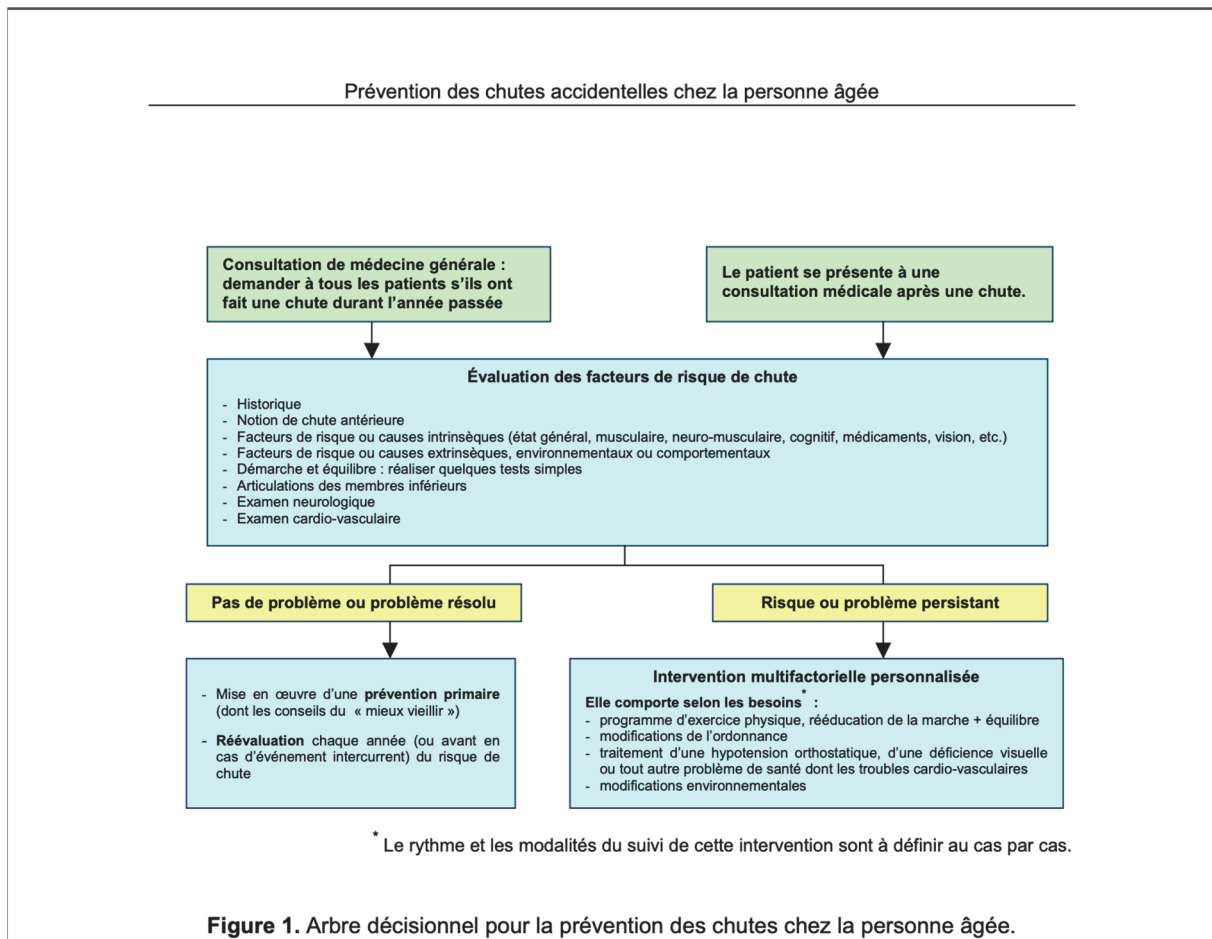


Figure 1. Arbre décisionnel pour la prévention des chutes chez la personne âgée.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Résumé

Introduction

La chute constitue la première cause de décès accidentelle chez les seniors.

De nombreuses études ont montré que la prévention à posteriori d'une première chute chez les personnes âgées est quasi inefficace. Dès lors une politique de prévention en amont est plus que jamais nécessaire. Pour optimiser cette prévention, des recommandations avec des moyens de dépistage ont été établis pour les professionnels de santé notamment le médecin généraliste. Le but de notre étude est de mener une enquête de pratiques à visée exploratrice auprès de ces principaux acteurs de terrain. Comprendre leurs besoins et les difficultés auxquelles, ils sont confrontés au quotidien dans un but ultime de préservation de l'autonomie fonctionnelle des seniors.

Méthodes

L'étude qualitative est apparue pertinente et a donc été privilégiée dans la réalisation de ce travail.

L'enquête a été effectuée auprès de 10 médecins généralistes du Nord Vaucluse, qui ont accepté de répondre aux questions lors d'un entretien semi dirigé. Les entretiens ont été arrêtés après saturation des données. Une analyse des données a été réalisée après la retranscription fidèle de tous les entretiens, suivie d'une relecture indépendante d'une tierce personne.

Résultat

Ce travail nous a permis de réaliser que le dépistage du risque de chute est essentiellement basé sur l'observation et l'expérience des MG.

Les médecins ne recherchent pas systématiquement un risque de chute chez le sujet âgé autonome. Les tests d'évaluation servant au dépistage ne sont pas réalisés considérés, chronophages et surtout méconnus. Les principales difficultés soulevées par les médecins généralistes sont : la méconnaissance des tests d'évaluation, le manque de temps, la rupture du parcours du patient après l'orientation vers les kinésithérapeutes en lien avec l'absence de communication interprofessionnelle, le manque de travail en réseau, le manque de sensibilisation, de formation et une absence de rémunération conséquente de ces actes de prévention.

Conclusion

Les médecins généralistes, principaux acteurs de la prévention sont de moins en moins impliqués dans la prévention par manque de temps essentiellement. Une réorientation de la stratégie préventive qui se veut pluridisciplinaire et centrée patient semble plus adéquate pour faire face aux risques de chute. Nous suggérons au regard des obstacles relevés par les praticiens de notre étude, des perspectives avec plusieurs axes de développement :

Axe 1 : information et formation (la sensibilisation des patients au travers de la diffusion de l'information, la formation gérontologique de tous les acteurs de santé pour une sensibilisation plus accrue de tous les intervenants concernés par la prise en charge du SA),

Axe 2 : Promotion de l'activité physique adaptée et régulière,

Axe 3 : Promotion du réseau pluridisciplinaire avec le développement des collaborations professionnelles au sein d'un réseau pluridisciplinaire tel que les CPTS avec l'intégration d'une IPAG, principal lien avec le réseau ville-hôpital, lors de consultation dédiée au dépistage des risques de chute, l'établissement de messageries électroniques sécurisées favorisant les échanges entre MG et MK, une uniformisation des pratiques sur l'ensemble du territoire dans la prévention primaire des risques de chute avec un parcours personnalisé du patient âgé notamment avec en perspective locale, un projet de création du CRAC (Centre Régional d'Accueil à la chute) à la clinique Rhône Durance d'Avignon.

En somme, la plupart des personnes âgées ont comme souhait prioritaire de rester capables d'assumer leurs propres choix de vie, en toute indépendance.

L'approche systématique et directe du risque de chute n'est pas contradictoire avec ce souhait, si elle se fait dans le cadre de la promotion d'un « mieux vieillir » qui s'adresse à tous et semblerait plus efficace que des mesures ciblées sur la personne âgée.

Mots-clés : Chute, dépistage, personne âgée, médecin généraliste.