



HAL
open science

Explorer les vécus pour imaginer un outil informatique d'aide aux médecins généralistes dans la prise en charge des patients âgés chuteurs

Simon Mestraletti

► To cite this version:

Simon Mestraletti. Explorer les vécus pour imaginer un outil informatique d'aide aux médecins généralistes dans la prise en charge des patients âgés chuteurs. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03464634

HAL Id: dumas-03464634

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03464634>

Submitted on 3 Dec 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

MESTRALETTI Simon

Le 21/09/2021

**Explorer les vécus pour imaginer un outil informatique d'aide aux médecins
généralistes dans la prise en charge des patients âgés chuteurs**

Directeur de thèse : Docteur **NAVARRO Guillaume**

Jury

Président :

Monsieur le Professeur **BLAIN Hubert** : Professeur des Universités, Praticien
Hospitalier

Assesseurs :

Monsieur le Professeur **LAMBERT Philippe** : Professeur des Universités, Médecin
Généraliste

Monsieur le Docteur **NAVARRO Guillaume** : Praticien Hospitalier

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

MESTRALETTI Simon

Le 21/09/2021

**Explorer les vécus pour imaginer un outil informatique d'aide aux médecins
généralistes dans la prise en charge des patients âgés chuteurs**

Directeur de thèse : Docteur **NAVARRO Guillaume**

Jury

Président :

Monsieur le Professeur **BLAIN Hubert** : Professeur des Universités, Praticien
Hospitalier

Asseseurs :

Monsieur le Professeur **LAMBERT Philippe** : Professeur des Universités, Médecin
Généraliste

Monsieur le Docteur **NAVARRO Guillaume** : Praticien Hospitalier

PERSONNEL ENSEIGNANT : 2020-2021

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	DIMEGLIO Alain	MATHIEU-DAUDE Pierre
ALLIEU Yves	DUBOIS Jean Bernard	MEYNADIER Jean
ALRIC Robert	DUMAS Robert	MICHEL François-Bernard
ARNAUD Bernard	DUMAZER Romain	MION Charles
ASENCIO Gérard	ECHENNE Bernard	MION Henri
ASTRUC Jacques	FABRE Serge	MIRO Luis
AUSSILLOUX Charles	FREREBEAU Philippe	NAVARRO Maurice
AVEROUS Michel	GALIFER René Benoît	NAVRATIL Henri
AYRAL Guy	GODLEWSKI Guilhem	OTHONIEL Jacques
BAILLAT Xavier	GRASSET Daniel	PAGES Michel
BALDET Pierre	GUILHOU Jean-Jacques	PEGURET Claude
BALDY-MOULINIER Michel	HEDON Bernard	PELISSIER Jacques
BALMES Jean-Louis	HERTAULT Jean	PETIT Pierre
BANSARD Nicole	HUMEAU Claude	POUGET Régis
BAYLET René	JAFFIOL Claude	PUJOL Henri
BILLIARD Michel	JANBON Charles	RABISCHONG Pierre
BLARD Jean-Marie	JANBON François	RAMUZ Michel
BLAYAC Jean Pierre	JARRY Daniel JOURDAN	REBOUL Jean
BLOTMAN Francis	Jacques	RIEU Daniel
BONNEL François	KLEIN Bernard	ROCHFORT Henri
BOUDET Charles	LAFFARGUE François	ROUANET DE VIGNE LAVIT
BOURGEOIS Jean-Marie	LALLEMANT Jean Gabriel	Jean Pierre
BOUSQUET Jean	LAMARQUE Jean-Louis	SAINT AUBERT Bernard
BRUEL Jean Michel	LAPEYRIE Henri	SANCHO-GARNIER Hélène
BUREAU Jean-Paul	LESBROS Daniel	SANY Jacques
BRUNEL Michel	LOPEZ François Michel	SEGNARBIEUX François
CANAUD Bernard	LORiot Jean	SENAC Jean-Paul
CHAPTAL Paul-André	LOUBATIERES Marie	SERRE Arlette
CIURANA Albert-Jean	Madeleine	SOLASSOL Claude
CLOT Jacques	MAGNAN DE BORNIER	VIDAL Jacques
D'ATHIS Françoise	Bernard	VISIER Jean Pierre
DEMAILLE Jacques	MARTY ANE Charles	
DESCOMPS Bernard	MARY Henri	

Professeurs Émérites

ARTUS Jean-Claude	GROLLAUX RAOUX Robert	MONNIER Louis
BLANC François	GUERRIER Bernard	MOURAD Georges
BONAFE Alain	GUILLOT Bernard	PREFAUT Christian
BOULENGER Jean-Philippe	JONQUET Olivier	PUJOL Rémy
BOURREL Gérard	LANDAIS Paul	RIBSTEIN Jean
BRINGER Jacques	LARREY Dominique	SCHVED Jean-François
CLAUSTRES Mireille	LE QUELLEC Alain	SULTAN Charles
DAURES Jean-Pierre	MARES Pierre	TOUCHON Jacques
DAUZAT Michel	MAUDELONDE Thierry	UZIEL Alain
DAVY Jean Marc	MAURY Michèle	VOISIN Michel
DEDET Jean-Pierre	MESSNER Patrick	ZANCA Michel
ELEDJAM Jean-Jacques	MILLAT Bertrand	

Docteurs Émérites

PRAT Dominique

PUJOL Joseph

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre – Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

BACCINO Éric – Médecine légale et droit de la santé

BASTIEN Patrick – Parasitologie et mycologie

BEREGI Jean-Paul – Radiologie et imagerie médicale

BLAIN Hubert – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

BOULOT Pierre – Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAPDEVILA Xavier – Anesthésiologie-réanimation

COMBE Bernard – Rhumatologie

COSTES Valérie – Anatomie et cytologie pathologiques

COTTALORDA Jérôme – Chirurgie infantile

COUBES Philippe – Neurochirurgie

COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie

CRAMPETTE Louis – Oto-rhino-laryngologie

CRISTOL Jean Paul – Biochimie et biologie moléculaire

CYTEVAL Catherine – Radiologie et imagerie médicale

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel – Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Éric – Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie

DE WAZIERES Benoît – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques – Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues – Neurochirurgie

ELIAOU Jean François – Immunologie

FABRE Jean Michel – Chirurgie générale

FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

HAMAMAH Samir – Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HERISSON Christian – Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir – Anesthésiologie-réanimation

JEANDEL Claude – Médecine interne – gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

JONQUET Olivier – Réanimation ; médecine d'urgence

JORGENSEN Christian – Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

KOTZKI Pierre Olivier – Biophysique et médecine nucléaire

LABAUGE Pierre – Neurologie

LEFRANT Jean-Yves – Anesthésiologie-réanimation

LEHMANN Sylvain – Biochimie et biologie moléculaire

LUMBROSO Serge – Biochimie et biologie moléculaire

MERCIER Jacques – Physiologie

MEUNIER Laurent – Dermato-vénérologie

MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie

MORIN Denis – Pédiatrie

PAGEAUX Georges – Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PUJOL Pascal – Biologie cellulaire
QUERE Isabelle – Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Éric – Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques – Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques – Anesthésiologie-réanimation
SOTTO Albert – Maladies infectieuses ; maladies tropicales
SCHVED Jean François – Hématologie ; Transfusion
TAOUREL Patrice – Radiologie et imagerie médicale
TOUITOU Isabelle – Génétique
VANDE PERRE Philippe – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc – Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{ère} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia – Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine – Nutrition
AZRIA David – Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria – Pédiopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric – Chirurgie digestive
BOURDIN Arnaud – Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles – Pédiatrie
CAMU William – Neurologie
CANOVAS François – Anatomie
CAPTIER Guillaume – Anatomie
CARTRON Guillaume – -Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume – Cardiologie
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre – Immunologie
COULET Bertrand – Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe – Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe – Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves – Physiologie
DE TAYRAC Renaud – Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John – Cytologie et histologie
DEMARIA Roland – Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DROUPY Stéphane – Urologie
DUCROS Anne – Neurologie
DUPEYRON Arnaud – Médecine physique et réadaptation
FESLER Pierre – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David – Génétique
GUILLAUME Sébastien – Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris – Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice – Physiologie
HOUEDE Nadine – Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada – Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel – Génétique moléculaire
KOUYOUMDJIAN Pascal – Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle – Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry – Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière

LEMOING Vincent – Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence – Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis – Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan – Physiologie
MORANNE Olivier – Néphrologie
MOREL Jacques – Rhumatologie
NAVARRO Francis – Chirurgie générale
NOCCA David – Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc – Cardiologie
PERNEY Pascal – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel – Anatomie
PUJOL Jean Louis – Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane – Pédiopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal – Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh – Pédiatrie
VERNHET Hélène – Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2^{ème} classe

BOURGIER Céline – Cancérologie ; radiothérapie
CANAUD Ludovic – Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine – Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud – Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel – Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent – Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent – Ophtalmologie
DORANDEU Anne – Médecine légale
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FUCHS Florent – Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey – Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile – Rhumatologie
GODREUIL Sylvain – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe – Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire – Rhumatologie
JACOT William – Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Éric – Pédiatrie
JUNG Boris – Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas – Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence – Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin – Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent – Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge – Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric – Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas – Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid – Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault – Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas – Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Émilie – Psychiatrie d'adultes ; addictologie
NOCCA David – Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio – Chirurgie générale
PARIS Françoise – Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

PELLESTOR Franck – Histologie, embryologie et cytogénétique
PASQUIE Jean-Luc – Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia – Physiologie
POUDEROUX Philippe – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie – Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François – Pédiatrie
ROSSI Jean François – Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François – Cardiologie
SEBBANE Mustapha – Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas – Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme – Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane – Nutrition
THOUVENOT Éric – Neurologie
THURET Rodolphe – Urologie
TUAILLON Édouard – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric – Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max – Ophtalmologie
VINCENT Denis – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry – Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne – Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

1^{ère} classe :

COLINGE Jacques – Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila – Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent – Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - Médecine générale

1^{ère} classe :

LAMBERT Philippe
AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIÉS - Médecine Générale

CLARY Bernard
DAVID Michel
GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIÉS – Médecine

BESSIS Didier – Dermato-vénéréologie
MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie
MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation
PERRIGAULT Pierre-François – Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
QUANTIN Xavier – Pneumologie
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie
VIEL Éric – Soins palliatifs et traitement de la douleur

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe – Échelon Exceptionnel

RICHARD Bruno – Médecine palliative
SEGONDY Michel – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOUX Stéphanie – Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère – Génétique
CARRIERE Christian – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale – Épidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

MCU-PH de 1^{ère} classe

BERTRAND Martin – Anatomie
BOUDOUSQ Vincent – Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline – Hématologie biologique
BROUILLET Sophie – Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille – Génétique Moléculaire
LAVIGNE Géraldine – Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MARTRILLE Laurent – Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier – Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MOUZAT Kévin – Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine – Biologie cellulaire
RAVEL Christophe – Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris – Physiologie
STERKERS Yvon – Parasitologie et mycologie
YACHOUH Jacques – Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERGOUXNOUX Anne – Génétique
CHIRIAC Anca – Immunologie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie – Dermato-vénéréologie
FITENI Frédéric – Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès – Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
HUBERLANT Stéphanie – Gynécologie obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Nils – Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain – Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
ROUBILLE Camille – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{ère} classe

COSTA David
OUDE-ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
CARBONNEL François

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme
LOPEZ Antonio
MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Éric – Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie – Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine – Neurosciences
BERNEX Florence – Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine – Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance – Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence – Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent – Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume – Neurosciences
LADRET Véronique – Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien – Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel – Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine – Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent – Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme – Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie – Neurosciences
MOUTOT Gilles – Philosophie
PASSERIEUX Émilie – Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie – Histologie
RAYNAUD Fabrice
TAULAN Magali – Biologie Cellulaire

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	CRANSAC Frédéric	PEYRON Pierre-Antoine
AKKARI Mohammed	CUNTZ Danielle	PICARD Éric
ALRIC Jérôme	DARDALHON Brigitte	PICOT Marie Christine
AMEDRO Pascal	DAVID Aurore	PIERONI Laurence
AMOUREUX Cyril	DE BOUTRAY Marie	POQUET Hélène
ANTOINE Valéry	DE LA TRIBONNIERE Xavier	PUJOL Sarah-Lise
ARQUIZAN Caroline	DEBIEN Blaise	PUPIER Florence
ATTALIN Vincent	DELPONT Marion	QUANTIN Xavier
AYRIGNAC Xavier	DENIS Hélène	RAFFARD Laurence
BADR Maliha	DEVILLE de PERIERE Gilles	RAPIDO Francesca
BAIS Céline	DJANIKIAN Flora	RIBRAULT Alice
BARBAR Saber Davide	DONNADIEU-RIGOLE	RICHAUD-MOREL Brigitte
BASSET Didier	Hélène	RIDOLFO Jérôme
BATIFOL Dominique	FAIDHERBE Jacques	RIPART Sylvie
BATTISTELLA Pascal	FATTON Brigitte	RONGIERES Michel
BAUCHET Luc	FAUCHERRE Vincent	ROULET Agnès
BENEZECH Jean Pierre	FILLERON Anne	RUBENOVITCH Josh
BENNYS Karim	FITENI Frédéric	SANTONI Fannie
BERNARD Nathalie	FOURNIER Philippe	SASSO Milène
BERTRCHANSKY Ivan	GAILLARD Nicolas	SCHULDINER Sophie
BIBOULET Philippe	GALMICHE Sophie	SEGURET Fabienne
BIRON-ANDREANI Christine	GENY Christian	SENESSE Pierre
BLANC Brigitte	GERONIMI Laetitia	SKALLI El Mehdi
BLANCHARD Sylvie	GINIES Patrick	SOLA Christelle
BLANCHET Catherine	GRECO Frédéric	SOULLIER Camille
BLATIERE Véronique	GUEDJ Anne Marie	STOEBNER DELBARRE
BOBBIA Xavier	GUYON Gaël	Anne
BOGE Gudrun	HENRY Vincent	TEOT Luc
BOURRAIN Jean Luc	JAMMET Patrick	THIRION Marina
BOUYABRINE Hassan	JEDRYKA François	VACHIERY-LAHAYE
BRINGER-DEUTSCH Sophie	JREIGE Riad	Florence
BRINGUIER	KINNE Mélanie	VERNES Eric
BRANCHEREAU Sophie	LABARIAS Coralie	VINCENT Laure
BRISOT Dominique	LACAMBRE Mathieu	WAGNER Laurent
BRONER Jonathan	LANG Philippe	ZERKOWSKI Laetitia
CADE Stéphane	LAZERGES Cyril	
CAIMMI Davide Paolo	LE GUILLOU Cédric	
CARR Julie	LEGLISE Marie Suzanne	
CARTIER César	MARGUERITE Emmanuel	
CASPER Thierry	MARTIN Lucille	
CASSINOTTO Christophe	MATTATIA Laurent	
CATHALA Philippe	MEROUEH Fadi	
CAZABAN Michel	MEYER Pierre	
CHARBIT Jonathan	MILESI Christophe	
CHEVALLIER Thierry	MORAU Estelle	
CHEVALLIER-MICHAUD	MOSER Camille	
Josyane	MOUSTY Eve	
COLIN Olivier	MOUTERDE Gaël	
CONSEIL Mathieu	PANSARD Nicole	
CORBEAU Catherine	PERNIN Vincent	
COROIAN Flavia-Oana	PERRIGAULT Pierre	
COURDRAY Sarah	François	

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BARATEAU Lucie – Physiologie

BASTIDE Sophie – Épidémiologie, économie de la santé et prévention

CAZAUBON Yoann – Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

DAGNEAUX Louis – Chirurgie orthopédique et traumatologique

DUFLOS Claire – Biostatistiques ; informatique médicale et technologies de la communication

GOULABCHAND Radjiv – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

LATTUCA Benoit – Cardiologie

MARIA Alexandre – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

MIOT Stéphanie – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

SARRABAY Guillaume – Génétique

SOUCHE François-Régis – Chirurgie viscérale et digestive

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Blain, pour l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury, je vous exprime ici ma profonde reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Lambert, pour l'honneur que vous me faites en acceptant de participer à ce jury en tant que 1^{er} assesseur, veuillez accepter mes plus sincères remerciements.

À Monsieur le Docteur Guillaume Navarro, directeur de thèse et ami, merci d'avoir accepté de diriger ce travail, et surtout de l'avoir fait avec autant d'implication et de bienveillance. Je te souhaite le meilleur pour le futur, entre deux notes de Jazz.

Au Docteur Soriteau et l'équipe paramédicale du Court Séjour Gériatrique, merci pour ces sept mois à vos côtés. Vous êtes la définition même de la bienveillance gériatrique. Je vous souhaite de ne jamais perdre cette humanité qui vous illumine.

Aux autres soignants ayant participé à ma formation médicale, je suis heureux d'avoir appris à vos côtés pour devenir le médecin que je suis aujourd'hui.

À mes parents, merci pour le soutien infailible que vous m'avez apporté. Je vous dois ma réussite dont vous pouvez être fiers. Et puis au pire, on aura 0. Je vous aime.

À mon frère, merci d'avoir toujours été là, sans jamais me faire me sentir comme un « petit-frère ». Je te souhaite tout le bonheur et la liberté que tu mérites.

Au reste de ma famille, je suis heureux de vous avoir près du cœur même quand vous êtes loin des yeux.

À mes amis d'enfance les plus précieux,

Hugo « Cuh », à ces 16 années passées, nos 400 coups et tous ceux à venir.

J'attendrai patiemment ton nom en tête d'affiche du Théâtre de la mer.

Tête de D, à nos ballades cyclotouristes improvisées, en tongs, à travers les cols de Provence. Et à toutes ces discussions dont le vélo n'étaient que le prétexte.

Fanette, merci de toujours garder une place pour moi dans ton emploi du temps, entre 2 vols internationaux.

À mes amis de l'externat, alias le Gang du Swag, merci pour toutes ces années d'externat à vos côtés, y compris à toute berzingue sur les tuk-tuks au fin fond de l'Inde.

À Jordan et Redwann, mes premiers camarades de PACES, avec qui tout a commencé.

À mes anciens colocataires Pauline, Maria et Dorian, on ne pouvait rêver meilleurs colocataires pour sortir un loup de sa tanière ! A nos festins quotidiens, à nos parties de jeux de société, à nos sorties sportives, et à tous nos futurs moments ensemble.

À Anne-Claire Levrèèè, à toutes ces heures sur la terrasse de l'internat à refaire le monde, à nos repas interminables, à cette dernière garde sans couper. A bientôt sur le Cap-Ferrèèè.

À tous mes amis de l'internat, de Sète à Perpignan en passant par Narbonne, merci pour tous ces moments qui ont fait de ces 3 années une si belle aventure.

À Camille, à nos aventures ordinaires et extraordinaires, merci d'être là au quotidien et de rendre la vie si douce. Je te dédie ce travail (que tu as relu déjà 50 fois). Je t'aime.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABBRÉVIATIONS.....	4
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	5
I) INTRODUCTION	6
A. Contexte.....	6
1. La chute.....	6
1.1. Définitions	6
1.2. Épidémiologie.....	6
1.3. Recommandations	8
2. Les outils d'aide à la décision médicale en médecine générale.....	15
2.1. Définition	15
2.2. L'utilisation des SADM en médecine générale.....	16
B. Problématisation	17
1. Difficultés d'application des recommandations en pratique.....	17
2. Les outils informatiques centrés sur la chute	18
C. Projet de thèse	21
II) METHODE.....	22
A. Équipe de recherche	22
B. Bibliographie et mots clés	23
C. Conception de l'étude	23
1. Cadre théorique et orientation méthodologique	23
2. Sélection des participants.....	23
3. Collecte des données	25
3.1. Cadre de collecte	25
3.2. Recueil des données.....	25
a. Entretiens semi-dirigés.....	25
b. Guide d'entretien	25
c. Déroulement des entretiens	27
d. Retranscriptions	27
e. Saturation des données	28
III) ANALYSE ET RESULTATS	28
A. Analyse	28
B. Résultats	29

1. Caractéristiques de la population interrogée	29
2. Durée des entretiens	29
3. Arbres thématiques	30
3.1. L'apprentissage du soin de la personne âgée	30
3.2. Le concept de chute	32
3.3. La démarche médicale face aux chutes répétées.....	35
a. L'interrogatoire	35
b. L'examen clinique.....	39
c. Les explorations paracliniques	44
d. Les interventions médicales	47
d.1. La mobilité	47
d.2. Le mode de vie.....	49
d.3. La santé	51
3.4. Le ressenti du médecin dans la prise en charge du patient chuteur.....	54
a. Les facteurs facilitants.....	54
a.1. Les facteurs liés au patient	55
a.2. Les facteurs liés au médecin.....	56
a.3. Les facteurs liés au système de santé	59
b. Les freins perçus	61
b.1. Les freins liés au patient	61
b.2. Les freins liés au médecin.....	64
b.3. Les freins liés au système de santé	68
3.5. Imaginer un outil informatique d'aide à la prise en charge.....	70
a. Utilisation des SADM par les praticiens	70
b. Imaginer l'outil idéal.....	73
b.1. Attentes conceptuelles	73
b.1.1 Intérêts potentiels	73
b.1.2 Qualités attendues.....	75
b.1.3 Doutes émis.....	76
b.2. Attentes conceptionnelles	77
b.2.1 La forme informatique.....	77
b.2.2 Le contenu	79
b.2.2.1. Partie interactive	79
b.2.2.2. Partie informative	82

IV) DISCUSSION	84
A. Force de l'étude	84
B. Faiblesse de l'étude	85
C. Synthèse et interprétation des résultats principaux	85
1. Apprendre le soin gériatrique	85
2. Définir la chute du sujet âgé	86
3. Prendre en charge le sujet chuteur en médecine générale	87
3.1. Démarches	87
3.2. Ressentis	90
4. Faire de l'informatique une alliée de sa prise en charge	93
D. Élaboration d'une ébauche de cahier des charges	96
1. Partie interactive	96
2. Partie informative	98
V) CONCLUSION ET PERSPECTIVES	99
ANNEXES	100
Annexe 1 : Guide d'entretien – première version	100
Annexe 2 : Guide d'entretien – deuxième version	101
Annexe 3 : Arbre thématique de la démarche médicale	102
Annexe 4 : Arbre thématique des vécus des médecins	103
Annexe 5 : Arbre thématique de l'outil idéal	104
Annexe 6 : Ébauche du cahier des charges	105
Annexe 7 : Timed Up and Go Test (TUGT) (d'après HAS (1))	107
Annexe 8 : Test CODEX (d'après testcodex.org/en-pratique)	108
Annexe 9 : Echelles de Monoyer et Parinaud	109
Annexe 10 : Mini-Geriatric Depression Scale (Mini-GDS) (d'après HAS (1))	109
Annexe 11 : Partie « dépistage » du Mini-Nutritional Assessment (MNA)	110
BIBLIOGRAPHIE	111
SERMENT D'HIPPOCRATE	119
CERTIFICAT DE CONFORMITÉ	120

LISTE DES ABBRÉVIATIONS

AGS/BGS : American Geriatrics Society et la British Geriatrics Society

APA : Allocation Personnalisée à l'Autonomie

ANS : Agence du Numérique en Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

CAS : Centres d'Action Sociale

CCE : Commission des Communautés Européennes

CDC : Centers for Disease Control and prevention

CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CI-SIS : Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNPP : Collège National de Pédiatrie-Podologie

DMP : Dossier Médical Partagé

EBM : Evidence-Based Medicine

EHPAD : Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EPAC : Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante

FRQ : Fall Risk Questionnaire

GIR : Groupe Iso-Ressource

GRIO : Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

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

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

Mini-GDS : Mini-Geriatric Depression Scale

MMSE : Mini-Mental State Examination

MSA : Mutuelle Sociale Agricole

NCOA : National Council On Aging

NICE : National Institute for health and Clinical Excellence

PAERPA : Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PPS : Plan Personnalisé de Santé

RFPTPS : Réseau Francophone de Préventions des Traumatismes et de Promotion de la Sécurité

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SFDRMG : Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie

SSIAD : Services de Soins Infirmiers à Domicile

TUGT : Timed Up and Go Test

ZAC : Zone d'Actions Complémentaires

ZIP : Zone d'Intervention Prioritaire

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Stratégies de prévention des chutes selon la SFDRMG en 2005.....	9
Figure 2 : Stratégies de prévention des chutes selon le RFPTPS en 2005.....	11
Figure 3 : Synthèse des recommandations HAS 2009	12
Figure 4 : Questionnaire relatif aux facteurs de risque prédisposants (SFGG 2009) ...	13
Figure 5 : Algorithme basé sur les recommandations AGS/BGS 2010.....	14
Figure 6 : Conseils de chaussage d'après le CNPP 2020	15
Figure 7 : Falls Free CheckUp sur le site du NCOA	19
Figure 8 : Arbre logique pour la prévention des chutes du sujet âgé (NICE).....	20
Figure 9 : Ressources du projet STEADI accessibles sur le site du CDC	21
Figure 10 : Caractéristiques territoriales selon l'outil Rézone	24
Figure 11 : Comparaison entre la 1ère et 2nde version du guide d'entretien	27
Tableau 1 : Résumé des caractéristiques de l'échantillon.....	29
Figure 12 : Résumé thématique de la formation gériatrique des médecins interrogés.	32
Figure 13 : Résumé thématique des significations des chutes du sujet âgé	35
Figure 14 : Résumé thématique de la démarche d'interrogatoire	39
Figure 15 : Résumé thématique de la démarche d'examen physique	44
Figure 16 : Résumé thématique de la démarche paraclinique.....	47
Figure 17 : Résumé thématique des interventions liées à la mobilité	49
Figure 18 : Résumé thématique des interventions sur le mode de vie	51
Figure 19 : Résumé thématique des interventions sur la santé	53
Figure 20 : Résumé thématique des interventions.....	54
Figure 21 : Résumé thématique des éléments facilitants liés au patient	56
Figure 22 : Résumé thématique des éléments facilitants liés au médecin	58
Figure 23 : Résumé thématique des éléments facilitants liés au système de santé.....	60
Figure 24 : Résumé thématique des freins liés au patient.....	63
Figure 25 : Résumé thématique des freins liés au médecin	67
Figure 26 : Résumé thématique des freins liés au système de santé.....	70
Figure 27 : Résumé thématique de l'utilisation des SADM en médecine générale	72
Figure 28 : Résumé thématique des attentes conceptuelles	76
Figure 29 : Résumé thématique des attentes conceptionnelles	83
Figure 30 : Zones d'exercice des praticiens visualisées sur le site Google Maps	84

I) Introduction

A. Contexte

1. La chute

1.1. Définitions

La marche est une activité rythmique. Elle correspond à l'enchaînement de ruptures d'équilibre mettant en jeu plusieurs voies : motrices, cérébelleuses, vestibulaires et proprioceptives. Lorsque cet enchaînement complexe dysfonctionne, une chute peut survenir.

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), on retient comme définition de la chute « tout événement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment ». On parle de chutes répétées lorsque survient « au moins deux chutes sur une période de 12 mois » (1).

La population des personnes âgées, c'est-à-dire ayant par convention plus de 65 ans, semble particulièrement concernée par les chutes.

1.2. Épidémiologie

Il existe en France un vieillissement constant de la population, comme le démontre l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) avec désormais 20,7% de la population Française ayant plus de 65 ans au 1^{er} janvier 2021 (2). Ce vieillissement de la population s'accompagne d'une importante demande de soins. En 2015, les sujets âgés de plus de 65 ans représentent un tiers des patients hospitalisés (3). Après 75 ans, ils consultent leur médecin généraliste en moyenne 8 fois dans l'année (4).

En 2010, l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) mène une enquête transversale dans laquelle des personnes âgées de 55 à 85 ans sont interrogées par téléphone sur le thème des chutes. Un quart des femmes et plus d'1 homme sur 6 y déclarent ainsi être tombés au cours des 12 derniers mois. Parmi les personnes ayant chuté, une sur deux révèle avoir chuté plus d'une fois au cours de l'année, 1 sur 5 avoue avoir limité ses déplacements par peur de retomber (5).

L'Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante (EPAC) menée auprès du service des urgences de 10 hôpitaux Français, enregistre de manière exhaustive et permanente les recours aux urgences pour accident de la vie courante, et

leur prise en charge. En 2017, elle révèle ainsi que plus de 3 consultations aux urgences sur 4 pour accident de la vie quotidienne chez le sujet âgé de plus de 65 ans sont liées à une chute, cette proportion augmentant avec l'âge (6).

Du point de vue du chuteur, les conséquences d'une chute peuvent être multiples :

- Traumatismes physiques : en 2014, le bulletin de l'académie nationale de médecine estime que 10% des chutes du sujet âgé se compliquent d'un traumatisme sévère comme un hématome cérébral, une luxation d'épaule, une plaie profonde... (7). La même année l'étude des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), constituées par les résumés d'hospitalisations effectuées en France, révèle que plus de 87% des fractures de l'extrémité supérieure du fémur hospitalisées chez les sujets de 65 ans et plus sont liées à une chute (8).
- Outre les traumatismes liés à l'impact direct de la chute, la station au sol prolongée (> 1 heure), augmente elle-même le risque d'escarre, d'hypothermie, de rhabdomyolyse et insuffisance rénale aiguë (9).
- Traumatisme psychique : l'évènement « chute » peut-être lui-même vécu comme une expérience émotionnelle traumatisante au cours de laquelle le patient est à la fois victime et spectateur. Il existe alors un risque de syndrome de désadaptation motrice, qui peut être aigu (syndrome post-chute) avec sidération fonctionnelle des automatismes moteurs et phobie de la marche, puis chronique avec véritable bradyphrénie et aboulie. La prise en charge est urgente, complexe et multidisciplinaire (kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, etc.) (10).
- Hospitalisations inopinées : en 2010, l'étude EPAC rapporte que 41% des patients de 65 ans et plus consultant aux urgences pour chute sont hospitalisés (11).
- Institutionnalisation : en 2012, une étude longitudinale du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Nantes montrait que plus d'1 patient sur 4 hospitalisé en court séjour gériatrique suite à une chute est institutionnalisé dans les 6 mois (12).
- Décès à court ou moyen terme : en 2016, les données issues de la déclaration et la codification des causes de décès collectées par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès (CépiDc) révèlent que 6 758 personnes de plus de 65 ans sont décédées suite à une chute accidentelle (13).

Du point de vue de la société, cet évènement représente un véritable enjeu économique.

En effet, une étude socio-économique française de 2016 estime le coût annuel des chutes admises à l'hôpital (service d'urgence, court séjour et moyen séjour) à environ 2 milliards d'euros, avec un coût moyen variant entre 2000 et 8000 euros par personne (14).

Ces coûts hospitaliers ne tiennent évidemment pas compte des coûts indirects que peuvent engendrer la perte de capacité fonctionnelle et/ou d'autonomie d'une personne âgée maintenue au domicile ou admise en EHPAD. Si on s'intéresse ne serait-ce qu'aux montants maximums des plans d'aide d'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA), une personne âgée au domicile voyant son Groupe Iso-Ressource (GIR) passer de 5 à 1 suite à une chute pourrait engendrer un coût supplémentaire s'élevant jusqu'à 1 747,58 euros/mois soit 20 970,96 euros/an (15).

On comprend ainsi que la prévention de ces évènements constitue un enjeu majeur de santé publique.

1.3. Recommandations

Dans l'optique de réduire le nombre de sujet âgé de plus de 65 ayant réalisé une chute dans l'année, une série de textes voit le jour entre 2005 et 2020.

D'abord en 2005, la Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale (SFDRMG), en partenariat avec la HAS, élabore ses **recommandations pour la prévention des chutes accidentelles chez la personne âgé** (16).

La première étape décrite consiste au repérage du risque de chute. Il est basé d'abord sur le questionnement systématique chez tout sujet âgé d'une éventuelle chute réalisée dans l'année et son contexte de survenue. Ce questionnement est poursuivi par la recherche des différents facteurs de risques de chute, qu'ils soient intrinsèques (âge > 80 ans, troubles locomoteurs...) ou extrinsèques (comportement à risque, environnement inadapté...). La SFDRMG propose enfin de compléter l'entretien clinique par une série de tests simples comme le Timed Up and Go Test (TUGT), le test unipodal, la poussée sternale ainsi que le walking and talking test. Cette première évaluation

permet de classer le patient examiné dans l'un des 3 niveaux de risque : personne âgé en bonne santé à domicile, personne âgé fragile ou personne âgé dépendante.

La seconde étape propose, en fonction du niveau de risque évalué, une série de mesures basées sur des interventions communes systématiques (conseils nutritionnels, prise en charge d'une ostéoporose, relecture d'ordonnance...) et des interventions spécifiques au groupe de risque d'appartenance (allant de l'encouragement de l'activité physique chez le sujet en bonne santé au questionnement de la contention chez la personne âgée dépendante).

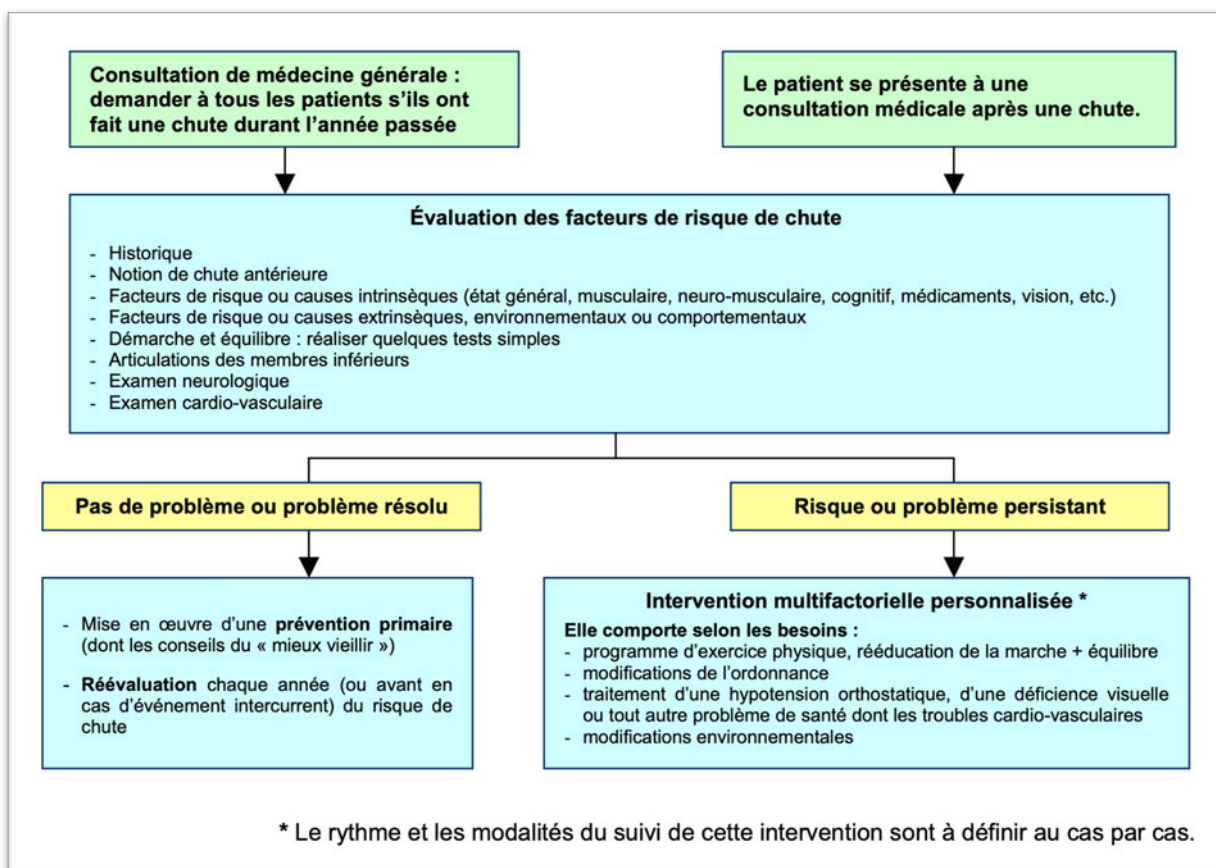


Figure 1 : Stratégies de prévention des chutes selon la SFDRMG en 2005

La même année, ces préconisations sont complétées par le **référentiel de bonnes pratiques pour la prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile** publié par le Réseau Francophone de Préventions des Traumatismes et de Promotion de la Sécurité (RFPTPS) en partenariat avec l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). Ce guide en langue française élabore une synthèse des recommandations de plusieurs pays Francophones (Québec, Suisse, Belgique...) (17).

Dans un premier temps, ces écrits présentent une analyse scientifique de la littérature dégagant les principaux facteurs de risque de chute liés à la santé de la personne âgée (troubles de la marche, pathologies chroniques et aiguës...), à ses comportements (prises de médicaments, dénutrition, consommation d'alcool...) ou encore à son environnement. Ils renseignent ensuite sur la stratégie de dépistage et d'évaluation du risque de chute, en proposant l'identification du niveau de risque (faible, modéré, élevé) par la recherche d'un antécédent de chute et la réalisation du TUGT, puis la recherche des facteurs de risque hiérarchisés selon leur niveau d'implication prouvée ou supposée pour chacun des groupes de risque.

Dans un second temps, ces recommandations présentent les différentes stratégies d'actions préventives performantes divisées en 2 ensembles :

- Les interventions multifactorielles, ciblant plusieurs facteurs de risque en parallèle. Elles peuvent être communes comme les ateliers équilibrés ou personnalisées comme les consultations chutes.
- Les interventions spécifiques ciblant certains facteurs isolés, comme par exemple la prévention de l'ostéoporose.

Enfin, elles mettent à disposition des professionnels des fiches pratiques sur les principaux outils d'évaluation recommandés dans les domaines de la marche et de l'équilibre, des comportements, de la nutrition ou encore de l'environnement.

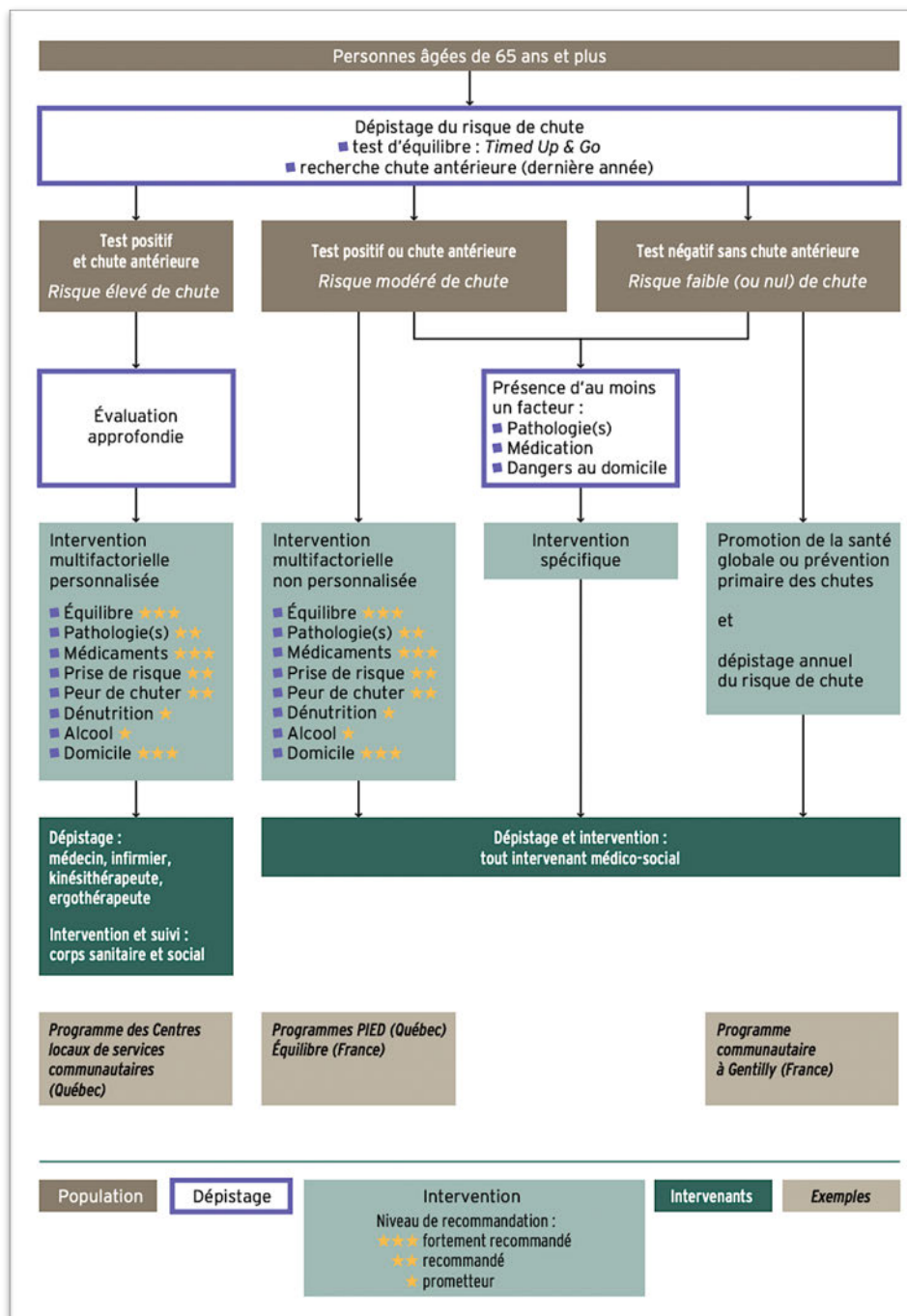


Figure 2 : Stratégies de prévention des chutes selon le RFPPTS en 2005

En 2009, la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG), en partenariat avec la HAS, reprend et complète ces textes de 2005. Elle émet ainsi des propositions claires visant à **l'évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées** (1).

Ces recommandations exposent dans un premier temps la conduite à tenir au décours immédiat d'une chute, à savoir la recherche par l'interrogatoire et l'examen clinique de signes de gravités qu'ils soit liés aux conséquences de l'incident, à ses causes

ou au terrain du patient, suivis par la prescription d'examens complémentaires selon point d'appel clinique.

Elles synthétisent ensuite la conduite à tenir en cas de récurrence avec la recherche clinique des facteurs de risques, distingués à présent en facteurs prédisposants et précipitants (et non plus intrinsèques et extrinsèques), suivi d'un bilan paraclinique minimal systématique basé sur la réalisation d'un ionogramme sanguin et le dosage sérique de la vitamine D, puis orienté selon le contexte.

Enfin elles renseignent sur les principales interventions capables de prévenir la récurrence des chutes par une évaluation multifactorielle suivie d'une correction des facteurs de risques modifiables identifiés (comme la révision d'ordonnance, l'aménagement de l'environnement, la supplémentation vitaminique, etc.).

The image shows the cover of a professional recommendations synthesis document. At the top, it features the logos of the Haute Autorité de Santé (HAS) and the Société Française de Gériatrie et Gérologie. The title is 'Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées', dated April 2009. The document is divided into sections: 'OBJECTIFS' (Objectives) and 'Messages clés' (Key Messages). The objectives include providing a clinical approach for evaluation and management, and answering specific questions about definitions, signs, and interventions. The key messages emphasize a two-step clinical approach, systematic search for risk factors, and the importance of patient education.

Avec le partenariat méthodologique et le concours financier de la

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Société Française de Gériatrie et Gérologie

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées

Avril 2009

OBJECTIFS

- Fournir aux professionnels de santé une démarche clinique d'évaluation et de prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées qui soit applicable à la pratique quotidienne.
- Répondre aux questions suivantes :
 1. Quelle est la définition des chutes répétées ?
 2. Quels sont les signes de gravité des chutes répétées ?
 3. Quel est le bilan à réaliser en cas de chutes répétées ? Que faut-il rechercher et comment ?
 4. Quelles sont les interventions permettant de prévenir les récurrences de chutes et leurs complications ?

Ces recommandations concernent les personnes âgées [> 65 ans] faisant des chutes [fait de se retrouver involontairement sur le sol ou dans une position de niveau inférieur par rapport à sa position de départ] répétées [≥ 2 chutes au cours d'une période de 12 mois]. Elles reposent majoritairement sur un accord professionnel.

Messages clés

- La démarche médicale comporte un premier temps d'évaluation qui est avant tout clinique. Peu d'examens complémentaires sont utiles de façon systématique ; leur prescription doit être orientée par l'évaluation clinique.
- Il faut rechercher systématiquement, dans un premier temps, tous les signes de gravité mettant en jeu le pronostic vital et/ou fonctionnel, puis, dans un deuxième temps, les facteurs de risque de chutes.
- La recherche des facteurs de risque de chutes est une étape essentielle. Chez un même patient, il est habituel de retrouver plusieurs facteurs de risque associés. Aussi, cette recherche doit être complétée et ne pas être interrompue si un facteur est identifié. La correction des facteurs de risque modifiables est la première étape du traitement.
- La prise en charge doit être rapide et adaptée, elle est fondée sur une approche multi-interventionnelle déterminée en fonction des résultats de l'évaluation du patient et de son environnement. Cette évaluation doit reposer sur l'utilisation de tests validés et standardisés.
- En fonction des cas, sont proposés la correction des facteurs de risque modifiables éventuels, l'adaptation du chaussage, l'utilisation d'aides techniques, un programme d'activité physique ou de kinésithérapie, une augmentation des apports de calcium, l'apport de vitamine D, et un traitement anti-ostéoporotique.
- L'éducation du patient et de son entourage fait aussi partie de la prise en charge.

Figure 3 : Synthèse des recommandations HAS 2009

Afin de faciliter leur mise en application, la production de ces recommandations est accompagnée de l'édition d'un **outil d'évaluation des pratiques** (18).

Cet outil synthétise la démarche réflexive proposée par la HAS sous forme d'un questionnaire simple organisé autour des 4 objectifs clés de la prise en charge du sujet chuteur :

- Identifier les critères diagnostiques des chutes répétées
- Identifier les facteurs de gravité mettant en jeu le pronostic vital et/ou fonctionnel
- Identifier les facteurs prédisposants et précipitants
- Proposer les interventions adaptées

Question n°3. Quel est le bilan à réaliser en cas de chutes répétées ? Que faut-il rechercher et comment ?
 [Objectif : Rechercher les facteurs de risque de chute prédisposant et précipitant]. Les facteurs pour lesquels PM figure dans la colonne Note sont potentiellement modifiables par des interventions appropriées.

Types	Critères Définitions	Présents		Note
		Non	Oui	
Prédisposant	Age ≥ 80 ans			
	Femme			
	ATCD de fractures traumatiques			
	• Polymédication (Prise de plusieurs classes thérapeutiques par jour)			PM
	- Prise de psychotropes (neuroleptiques, et/ou antidépresseurs, et/ou hypnotiques, et/ou benzodiazépines)			PM
	Prise de médicaments cardiovasculaires : diurétiques, digoxine, antiarythmiques de classe 1			
	Trouble de la marche et/ou de l'équilibre :			PM
	▪ Timed up & go test ≥ 20 secondes			
	▪ Station unipodale ≤ 5 secondes			
	- Faiblesse musculaire des membres inférieurs et/ou dénutrition			PM
	▪ Capacité à se lever d'une chaise sans l'aide de ses mains			
	▪ Index de masse corporelle < 21 kg/m ²			
	▪ Perte de poids ≥ 5% en 1 mois ou ≥ 10 % en 6 mois			
	- Arthrose des membres inférieurs et/ou du rachis			
	- Anomalie des pieds (déformations des orteils et durillons)			PM
	- Troubles de la sensibilité des membres inférieurs :			PM
▪ Anomalie de perception du monofilament au niveau de la voûte plantaire				
▪ Anomalie de perception des vibrations du diapason placé au niveau de la malléole externe de la cheville				
- Baisse de l'acuité visuelle			PM	
- Symptomatologie dépressive			PM	
- Déclin cognitif :			PM	
▪ Score au MMSE < 27/30 anormal				
▪ Test bref d'évaluation cognitive anormal				

Figure 4 : Questionnaire relatif aux facteurs de risque prédisposants (SFGG 2009)

Plus récemment, des **recommandations anglophones** publiées en 2010 par l'American Geriatrics Society et la British Geriatrics Society (AGS/BGS) (19) puis en 2013 par le National Institute for health and Clinical Excellence (NICE) (20) renforcent les préconisations francophones sur l'identification des sujets à risques et leur orientation vers une prise en charge multifactorielle personnalisée selon des interventions graduées en fonction des niveaux de risque identifiés. Les directives du NICE mettent particulièrement l'accent sur l'implication personnelle des patients dans la prise en

charge, passant par une information claire sur les chutes et leur prévention, ainsi que le recueil de leurs attentes et motivations pour la mise en place d'interventions ciblées en accord avec leurs volontés. Elles émettent par contre des réserves sur les bénéfices encore débattus de la supplémentation systématique en vitamine D des sujets à risque bas ou modéré.

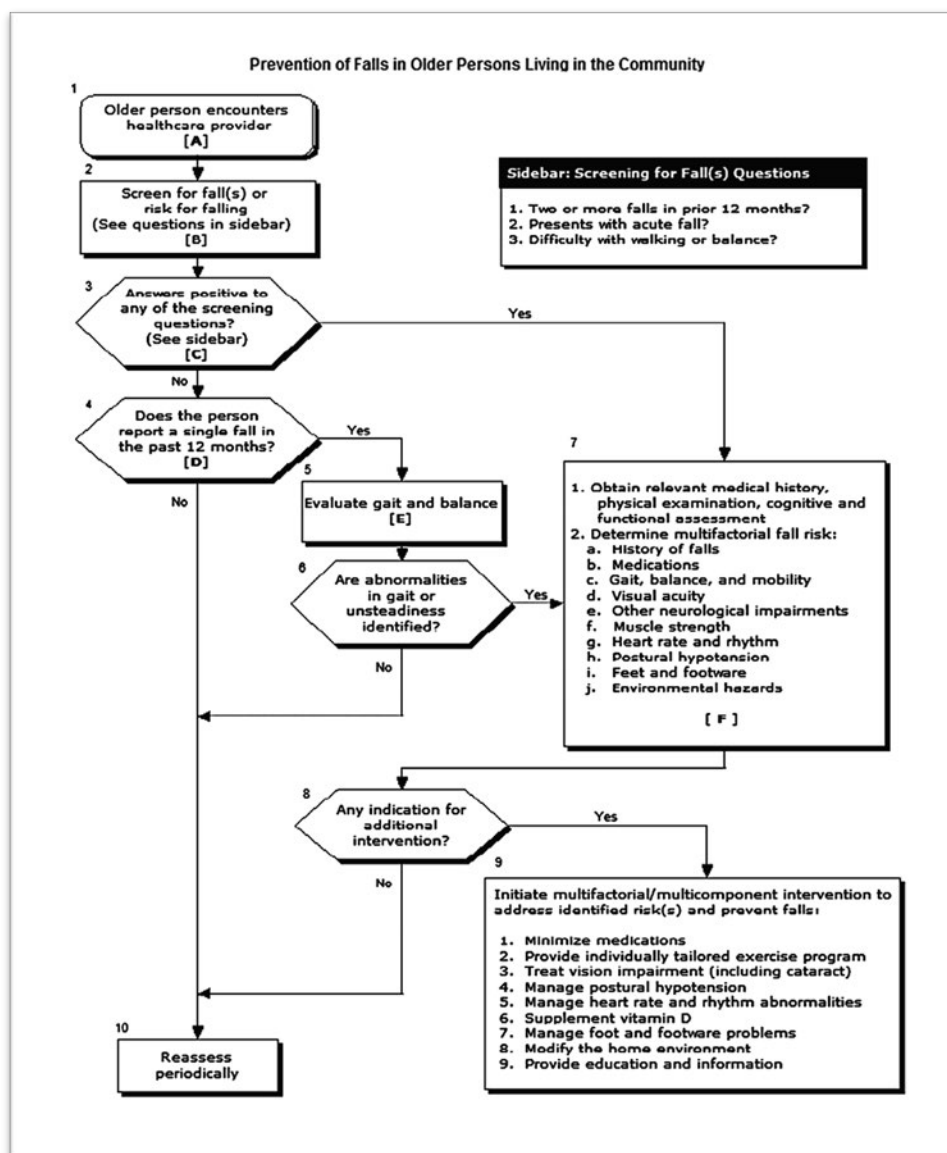


Figure 5 : Algorithme basé sur les recommandations AGS/BGS 2010

Si les recommandations présentées jusqu'ici sont générales, des préconisations plus spécialisées ont également été émises par certaines sociétés savantes. Ainsi, le Collège National de Pédiatrie-Podologie (CNPP), en partenariat avec la HAS, édite en 2020 des recommandations portant sur **le pied de la personne âgée** (21), avec notamment une fiche outil destinée à la prise en charge podologique du sujet âgé à risque de chute et des conseils de chaussage.

Conseils de chaussage

Il est recommandé aux patients âgés de porter des chaussures et de limiter le port de chaussons ou pantoufles peu stabilisants pour le pied et susceptibles d'augmenter le risque de chute. Les chaussures de série sont les plus utilisées.

Il est recommandé de conseiller :

- un chaussage non contraignant respectant le volume du pied et permettant le port d'une orthèse plantaire si nécessaire ;
- un semelage dont l'épaisseur et la rigidité sont adaptées aux objectifs recherchés ; un semelage épais permet un meilleur amorti des pressions, un semelage rigide réduit la douleur lors d'arthropathies inflammatoires, une semelle mince diminue les chutes en situation expérimentale ;
- une semelle flexible au niveau métatarso-phalangien ;
- un talon inférieur à 2,5 cm à assise large et horizontale pour assurer une bonne stabilité du pied ;
- une empeigne souple, dépourvue de coutures ou de brides inextensibles ;
- un maintien empêchant le pied de glisser dans la chaussure ou de déchausser le talon à la marche ; les chaussages sans aucun maintien comme les mules sont source de déséquilibre et sont à proscrire pour limiter le risque de chute ;
- la présence d'un contrefort rigide ;
- la possibilité d'ajuster le maintien au pied et le serrage par un système de fermeture réglable ;
- des modèles faciles à mettre en place, avec une tige à ouverture large et des systèmes de fermeture adaptés aux capacités de préhension du patient ;
- des matériaux lavables chez les patients incontinents ;
- une semelle à coefficient de friction moyen afin de favoriser la stabilité sur les surfaces habituelles dans les activités de la vie quotidienne ;
- une chaussure haute maintenant latéralement la cheville ;
- le port de chaussures appropriées à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de la maison.

Le choix d'une chaussure est souvent guidé par un souci d'esthétique autant que par un souci de confort. Il est recommandé d'informer les patients et de les aider à adopter un chaussage qui représente un compromis satisfaisant entre les nécessités thérapeutiques et leurs souhaits.

Figure 6 : Conseils de chaussage d'après le CNPP 2020

L'ensemble de ces textes vise à fournir aux praticiens les connaissances nécessaires à la prévention de la chute des sujets de plus de 65 ans.

2. Les outils d'aide à la décision médicale en médecine générale

2.1. Définition

Les systèmes d'aide à la décision médicale (SADM) sont définis, de la manière la plus communément admise, comme des outils informatiques « dont le but est de fournir aux cliniciens en temps et lieux utiles, les informations décrivant la situation clinique d'un patient, ainsi que les connaissances appropriées à cette situation, correctement filtrées et présentées, afin d'améliorer la qualité des soins et la santé des patients » (22). Il en existe 2 grands ensembles :

- Les SADM basés sur une approche numérique, se servant de données informatisées pour modéliser des probabilités et calculer des scores (par exemple un MMSE en ligne).

- Les SADM basés sur une approche symbolique, se servant de connaissances admises afin de produire un raisonnement logique vers les réponses aux questions posées (par exemple l'outil Antibioclic®)

Au grès du développement d'Internet et de l'avènement de l'Evidence Based Medicine (EBM), l'approche symbolique du SADM se démocratise avec la conception d'outils destinés à la promotion des bonnes pratiques. L'exploitation des connaissances admises se base alors sur 3 modalités principales utilisées par les SADM actuels :

- L'approche automatique : le système informatique cherche le lien le plus « juste » entre les données du patient codées informatiquement et celles issues de la base de connaissances selon un raisonnement déductif, et propose au praticien une décision (exemple : message d'alerte automatique lors de la prescription d'un médicament contre-indiqué chez le patient concerné).
- L'approche documentaire : le praticien navigue activement dans la base de connaissance rendue opérationnelle par des liens dynamiques pour lui permettre d'accéder à la réponse à la question posée.
- L'approche mixte : le système informatique lie les données codées du patient avec celles de la base de connaissance afin de proposer au praticien un ensemble de corpus dans lequel l'information cherchée est susceptible de se trouver.

2.2. L'utilisation des SADM en médecine générale

Depuis l'ordonnance dite « Juppé » du 24 avril 1996 et la mise en place en 2012 de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), l'informatique s'est immiscée au cœur du quotidien du médecin généraliste, et la plupart des cabinets médicaux sont maintenant équipés (23).

D'après une revue de la littérature commanditée par la HAS en 2010, les SADM concernent l'ensemble des activités médicales (prévention, diagnostic...) et la plupart des spécialités médicales, y compris la médecine générale. Dans deux tiers des études, l'utilisation du SADM participe à l'amélioration de la qualité et sécurité des soins (24).

Une étude de médecine générale réalisée en 2015 sur l'utilisation professionnelle de l'informatique par les médecins généralistes, révélait que l'utilisation d'outils informatisés d'aide au suivi du patient faisait partie des motivations à l'utilisation du numérique en consultation (25).

Parmi les nombreux SADM existant dans le domaine de la médecine générale, plusieurs outils sont devenus d'usage courant.

C'est entre autre le cas d'Antibioclic[®], un outil d'aide à la décision thérapeutique en antibiothérapie créé en 2011, et ayant pour objectif de favoriser la pratique d'une antibiothérapie rationnelle en soins primaires (26). Cet outil informatique se base sur une approche symbolique documentaire mixte. En effet, il s'articule autour d'un arbre logique interactif permettant au médecin utilisateur, après avoir défini le cadre nosologique dans lequel s'inscrit la question posée (ex : traitement d'une infection urinaire), d'accéder à des fiches thérapeutiques validées et ciblées, en renseignant préalablement certaines données médicales clés concernant le patient à traiter (sexe, grossesse...), dont le codage informatique permettra l'appariement avec les données de la base de connaissance. D'après une thèse d'exercice réalisée en 2015, le site Antibioclic[®] comptait plus de 2000 connections par jour à mi-année. Les praticiens consultant le site étaient principalement des médecins généralistes (96%) dont plus des trois quarts exerçaient en cabinet de ville (77%). Pour la majorité, son utilisation s'inscrivait dans le cadre d'un doute thérapeutique, mais pour un tiers d'entre eux l'utilisation était devenue systématique lorsqu'il s'agit d'antibiothérapie. 80% des interrogés révélaient s'en servir comme moyen de mise à jour de leurs connaissances (27).

Depuis, de nombreux SADM du genre ont été conçus afin de faciliter les consultations en médecine générale, comme par exemple Gestaclic[®] pour le suivi de grossesse (28) ou encore Ophtalmoclic pour la prise en charge des problèmes ophtalmologiques aigus (29). Depuis 2016, un portail de service numérique en médecine générale nommé « KitMédical » (<https://kitmedical.fr/>) référence ces principaux outils d'aides à la pratique disponible en ligne au sein d'une plateforme gratuite et indépendante.

B. Problématisation

1. Difficultés d'application des recommandations en pratique

Malgré la clarté théorique des recommandations HAS 2009 (1), de nombreux travaux de thèse, interrogeant les médecins généralistes en ville, montrent des difficultés d'application des bonnes pratiques.

Il semble exister un manque de diffusion des textes auprès de ces praticiens, comme révélé par une étude descriptive Lilloise en 2012, dont seulement 25% des interrogés connaissaient l'existence des recommandations HAS de 2009, 3 ans après leur parution (30). Ce problème étant également identifié dans une étude Montpelliéraine de 2016, soit 7 ans après leur parution (31).

Les pratiques des généralistes face aux patients âgés à risque de chute se révèlent hétérogènes et parfois non conformes aux préconisations. Plusieurs études ont ainsi montré qu'une minorité de praticiens réalisent systématiquement le dépistage du risque chez le sujet âgé avant même la première chute (32,33). Lorsque le dépistage est réalisé, les études déplorent le peu de médecins réalisant effectivement les tests spécifiques d'évaluation de la marche ou de l'équilibre, au profit d'évaluations informelles et non standardisées (30–34). Il semble exister également une sous-utilisation des échelles recommandées dans l'évaluation clinique globale du sujet âgé chuteur, comme le dépistage des troubles cognitifs par la Mini-Mental State Examination (MMSE), de la dépression par la Mini-Geriatric Depression Scale (Mini-GDS) ou encore des troubles de la vision par l'échelle de Parinaud (34).

Les omnipraticiens évoquent plusieurs entraves à leur démarche préventive de la chute chez le sujet âgé. En premier lieu, un manque de temps médical évoqué dans l'ensemble des études (30–34). Vient ensuite la plainte du manque de connaissance des tests recommandés dans l'évaluation du sujet âgé chuteur (30,31,33). Enfin, de nombreux médecins soulignent le manque de coordination dans la prise en charge de ces patients (31–34) avec notamment, dans l'étude Lorraine de 2013, plus d'un praticien sur deux ignorant s'il existe une consultation chute dans sa région (34).

De ces études ressort donc que la consultation du sujet âgé chuteur est une consultation complexe et chronophage pour laquelle 9 médecins sur 10 interrogés dans l'étude lilloise de 2012 estiment avoir besoin d'aide dans leurs prises en charge (30).

Certains émettent alors leur volonté de disposer d'un outil d'aide rapide pour évaluer les patients à risque et orienter leurs prises en charge (30,34), outil qui pourrait prendre une forme informatique pour plusieurs interrogés de l'étude du Nord-Vaucluse en 2020 (33).

2. Les outils informatiques centrés sur la chute

A l'heure actuelle, il existe encore peu d'outils informatiques destinés à la prévention de la chute chez le sujet âgé.

Quelques équipes ont tenté de produire des outils informatiques d'auto-évaluation du risque destinés à une utilisation par le patient lui-même comme l'Aachen Fall Prevention App en 2017 (35) ou encore la Fall Risk mHealth App en 2018 (36). La limite principale de ces outils réside dans le fait que les patients utilisateurs n'accèdent qu'à l'évaluation de leur risque mais pas aux stratégies préventives susceptibles de réduire ce risque.

Depuis 2020, Le National Council On Aging (NCOA) met à disposition en ligne sur son site Internet un auto-questionnaire destiné aux patients de plus de 65 ans (37). Cet auto-questionnaire évalue efficacement le risque de chute à l'aide de 12 questions fermées basées sur le Fall Risk Questionnaire (FRQ) révisé en 2011 (38). On retrouve également sur le site des feuilles conseils destinées aux patients et aidants.

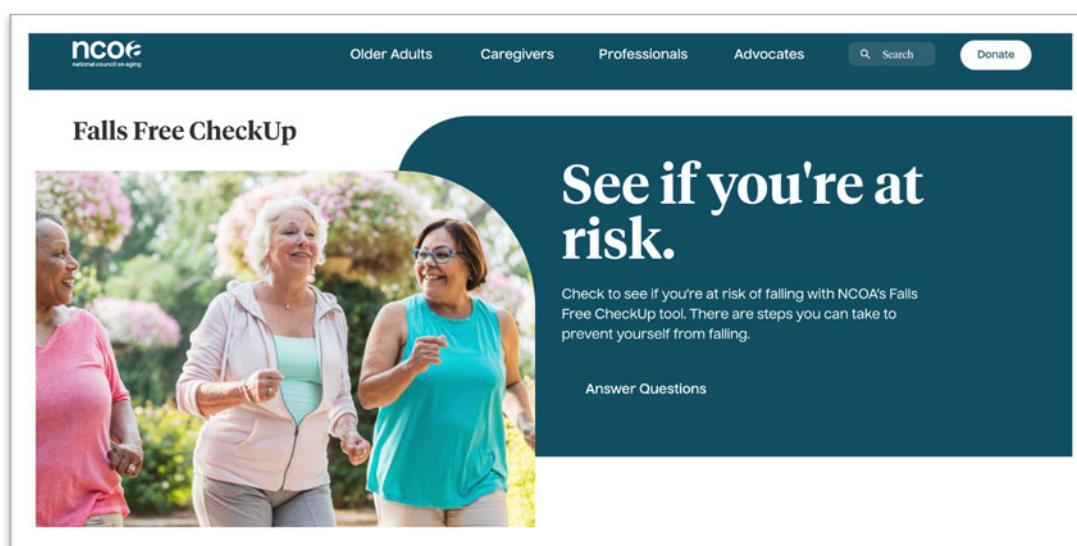


Figure 7 : Falls Free CheckUp sur le site du NCOA

Néanmoins, l'évaluation du risque de chute est insuffisante si elle n'est pas suivie de mesures concrètes de réduction des risques. C'est donc dans une optique centrée sur la prise en charge de ces patients chuteurs ou à risques que d'autres outils ont pu être développés, pour une utilisation cette fois-ci par les professionnels de santé.

Ainsi, « Lantichute » est un service informatique de prévention des chutes créé en 2005 et destiné aux personnels des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et résidences autonomes (39). Ayant évolué au fil des années et de l'expérience de ses utilisateurs, il est à présent disponible sous forme de service en ligne mis à disposition gratuitement par la Mutuelle Sociale Agricole (MSA). Sa vocation est le recensement des chutes signalées par le personnel soignant, et,

d'après les renseignements fournis selon un questionnaire standardisé, l'analyse des facteurs de risques prédisposants et précipitants pour chaque résident afin d'établir des stratégies préventives individuelles ou collectives. Il tend à présent à investir le domicile avec une utilisation par les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) voire des Centres d'Action Sociale (CAS) (40).

En 2011, le NICE met en place un outil en ligne nommé « NICE Pathways », destiné aux professionnels de santé et travailleurs sociaux, permettant un accès structuré et interactif aux recommandations de bonnes pratiques à partir d'un logigramme. La prévention des chutes du sujet âgé fait partie des domaines abordés (20).

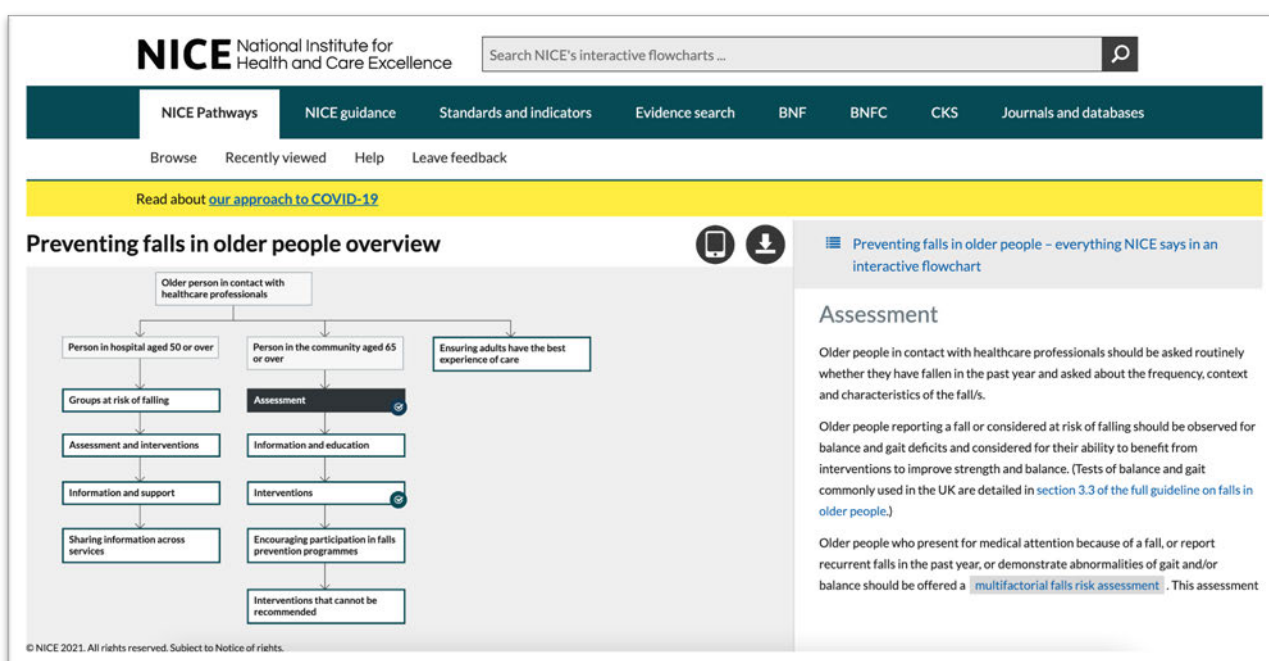


Figure 8 : Arbre logique pour la prévention des chutes du sujet âgé (NICE)

En 2013, une équipe américaine initie le projet « STEADI : Stopping Elderly Accidents, Death and Injuries ». Ce projet a pour but de créer une « boîte à outil » destinée aux praticiens de santé afin d'inclure la prévention de la chute du sujet âgé dans leur pratique quotidienne. Après un important travail de revue de la littérature puis de recherche qualitative, il a pu être produit un ensemble de documents destinés à la fois aux professionnels (algorithme de prise en charge, guide de poche...) mais aussi aux patients (auto-questionnaire, fiche informative...), basés sur les recommandations de l'AGS/BGS de 2010 (41). Quelques années plus tard ce guide a été adapté sous forme d'outil en ligne via le site du Centers for Disease Control and prevention (CDC) mettant à disposition l'ensemble des ressources produites sous forme numérique. Plus récemment, l'algorithme de prise en charge a été intégré dans le logiciel métier d'un centre hospitalo-universitaire de l'Oregon (42).

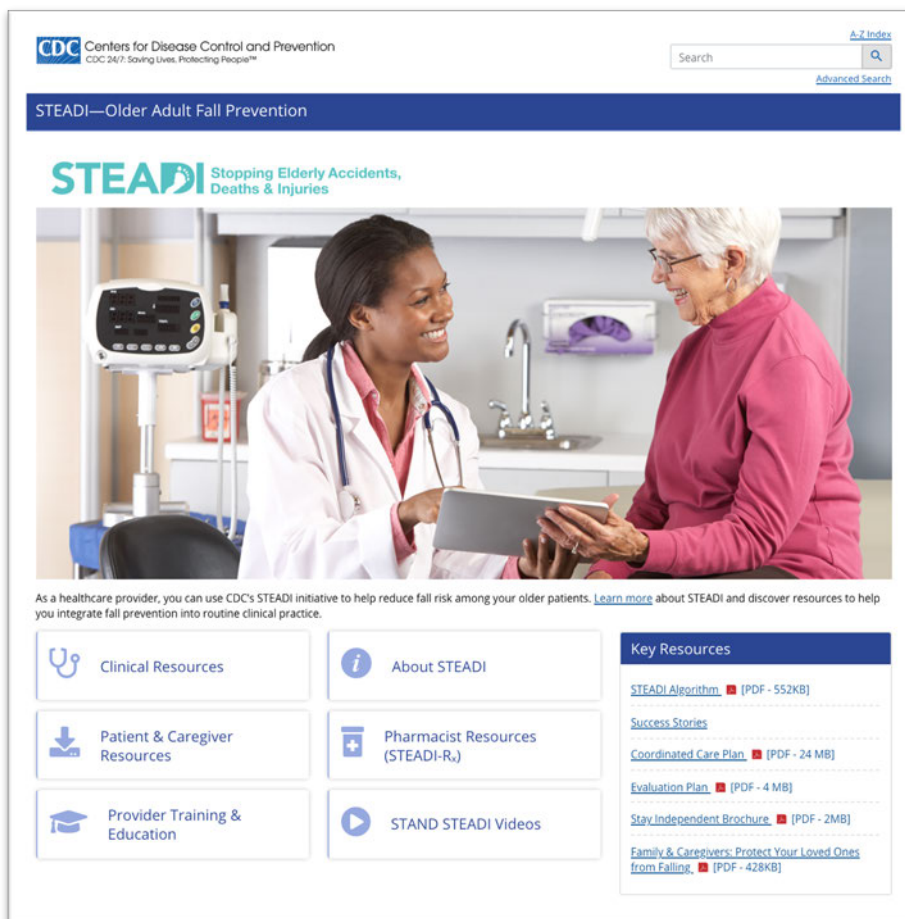


Figure 9 : Ressources du projet STEADI accessibles sur le site du CDC

De cette revue des outils informatiques disponibles à ce jour, il ne semble pas exister en France d'outil informatique destiné aux médecins généralistes dans le domaine de l'aide à la prise en charge des chutes à répétitions du sujet âgé.

C. Projet de thèse

Travailler sur le sujet de la chute à répétition chez les personnes âgées s'est rapidement imposé à moi depuis mon stage libéral de premier semestre dans l'arrière-pays héraultais. Je suivais alors un praticien ayant une patientèle plutôt âgée, et constatais l'incidence importante des chutes à domicile. Je mesurais la complexité des consultations dédiées et les difficultés que pouvait rencontrer mon maître de stage quant à la prise en charge de ces événements. Au troisième semestre, j'ai eu la chance d'intégrer le service du Court Séjour Gériatrique du Centre Hospitalier du Bassin de Thau dirigé par le Dr Soriteau. J'ai pu appréhender la réflexion médicale encadrant le thème des chutes répétées. Assister aux consultations « chute » en hôpital de jour m'a permis de percevoir l'**ampleur** du travail médical, paramédical et social à fournir quand il s'agit

de chutes à répétition. En février 2020, j'ai pu rencontrer le Pr Blain au Centre Antonin-Balmes, pour discuter de cette thématique. Je convenais du rôle primordial du médecin généraliste mais appréhendais mal tous les freins à la prise en charge des chutes répétées en soins de premiers recours. Je décidais alors de me documenter en ce sens.

En tant qu'interne, j'ai eu l'occasion à maintes reprises d'utiliser des outils d'aide à la décision médicale comme Antibioclic[®], APOROSE, Pediadoc... Ces outils, me permettent de gagner du temps en consultation, en obtenant rapidement une information ciblée et actualisée, afin de répondre à une problématique médicale donnée. Fort de ces constats, l'idée était née : concevoir un outil informatique d'aide à la prise en charge en consultation de médecine générale des personnes âgées faisant des chutes répétées.

Après recherche bibliographique, je comprenais qu'un tel outil n'avait jamais été conçu. Aussi, le Dr Navarro et moi-même décidions alors de répondre à la problématique qui s'imposait d'abord : quels seraient les intérêts et attentes, a priori, des médecins généralistes dans la conception d'un tel outil ?

L'objectif principal de ce travail était alors d'explorer les pratiques des médecins généralistes confrontés aux sujets âgés chuteurs afin de dégager leurs intérêts et attentes dans la conception d'un outil informatique d'aide à la prise en charge en consultation.

Avec les données recueillies, nous voulions secondairement réaliser l'ébauche du cahier des charges d'un tel outil.

II) Méthode

A. Équipe de recherche

L'équipe de recherche était composée du Dr Navarro, praticien hospitalier au Court Séjour Gériatrique de Sète et moi-même, interne en DES de Médecine Générale à la faculté de médecine de Montpellier.

Avant de débiter ce travail, je n'avais jamais réalisé d'étude qualitative. La réalisation de ce premier travail de recherche a donc été permise par l'apport théorique de l'ouvrage « Analyse qualitative en sciences humaines et sociales » rédigé par Pierre Paillé et Alex Mucchielli (43), et la consultation de la grille COnsolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ) (44).

Les praticiens interrogés étaient pour la plupart inconnus pour moi avant l'entretien. Une seule médecin interrogée exerçait en tant que collaboratrice d'un maître de stage avec qui j'ai pu travailler. Les participants ont été informés de mon identité et de la question de recherche au moment de la première prise de contact, en moyenne une semaine avant l'entretien.

B. Bibliographie et mots clés

Le travail bibliographique a pu être réalisé grâce à l'utilisation de bases de données comme Medline via Pubmed (principal moteur de recherche de données bibliographiques en science médicale), Sudoc (système universitaire de documentation répertoriant l'ensemble de la documentation des bibliothèques françaises), ainsi que le moteur de recherche Google.

Les mots clés employés pour notre recherche étaient : aged, falls, preventive care, risk assessment, clinical decision support system, et leurs équivalents en français.

C. Conception de l'étude

1. Cadre théorique et orientation méthodologique

Ce travail s'inscrit dans le cadre théorique des études observationnelles compréhensives qualitatives.

Ici le choix du type d'analyse qualitative s'est porté sur l'analyse thématique. Basée sur la transposition d'un corpus en thèmes représentatifs du contenu analysé afin d'en résumer et discuter la teneur dans une intention descriptive, elle semblait être la méthode la plus appropriée à notre question de recherche dans le temps imparti.

2. Sélection des participants

Les participants de cette étude ont été sélectionnés selon 2 modes d'échantillonnage.

La première méthode d'échantillonnage était aléatoire et stratifiée. Elle consistait en la sélection au hasard à l'aide de l'annuaire des pages jaunes de médecins selon 2 critères : le genre (Homme ou Femme) et la zone d'exercice définie par l'accès aux soins selon l'Agence Régionale de Santé (ARS). Le choix des zones d'intérêt a été facilité par l'utilisation de l'outil Rézone de la sécurité sociale permettant de cartographier la France

en Zone d'Actions Complémentaires (ZAC), Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP) ou hors zonage. S'en est suivi un échantillonnage dirigé par effet boule de neige grâce aux rencontres effectuées.

Le but de cet échantillonnage était d'obtenir un échantillon diversifié.

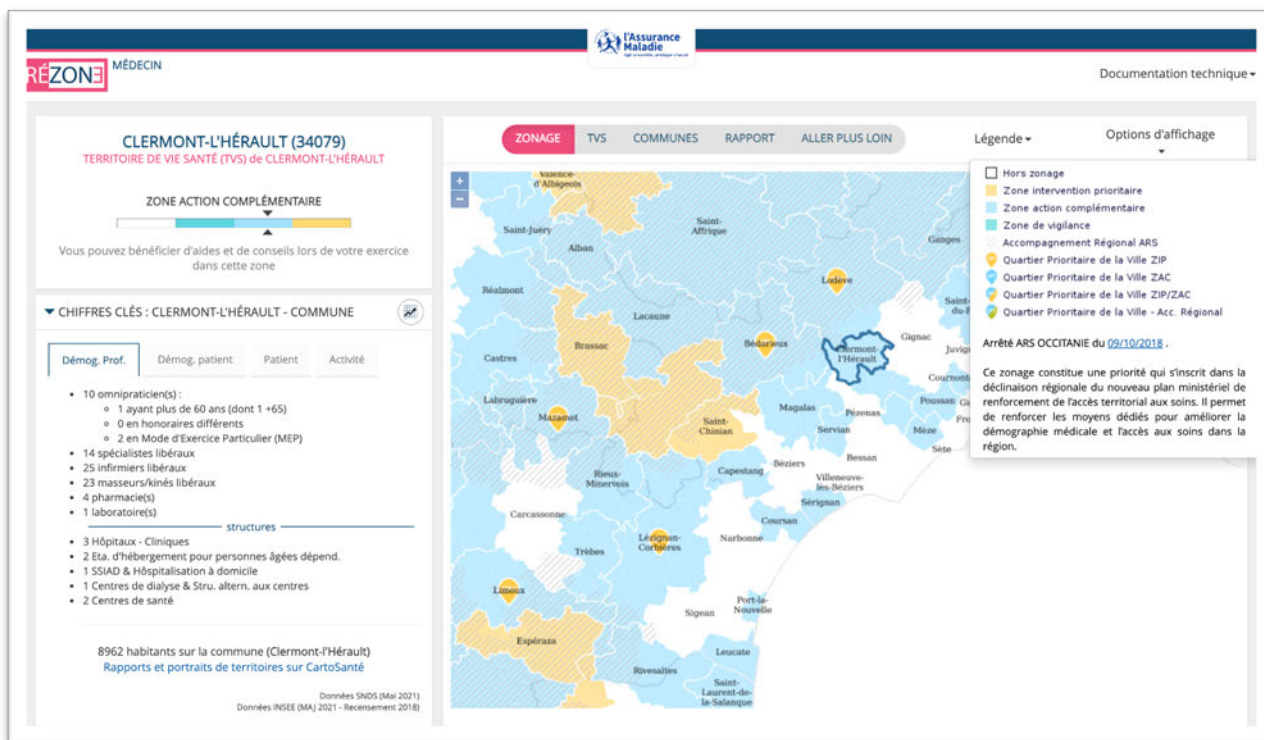


Figure 10 : Caractéristiques territoriales selon l'outil Rézone

La prise de contact s'est faite par divers moyens :

- 3 praticiens ont été joints sur le téléphone fixe de leur cabinet via le secrétariat, dont le numéro a été obtenu via l'annuaire des pages jaunes
- 3 praticiens ont été contactés par mail
- 4 praticiens ont été contactés par message sur leur téléphone portable

La formule d'introduction utilisée vocalement ou textuellement était globalement standardisée : « Bonjour, je m'appelle Simon MESTRALETTI et suis interne en dernière année de médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je réalise des entretiens semi-dirigés explorant les intérêts et attentes a priori des médecins généralistes dans la conception d'un outil informatique d'aide à la prise en charge en consultation des personnes âgées faisant des chutes répétées. Les entretiens sont réalisés à votre cabinet et durent en moyenne 30 minutes. Seriez-vous intéressé pour me recevoir ? ».

Au total, 10 médecins ont été contactés : 7 ont accepté de participer à l'étude, 1 seul a refusé de participer avant de connaître le sujet de thèse (« manque de temps »), 2 n'ont pas répondu aux messages téléphoniques ou mail envoyés.

3. Collecte des données

3.1. Cadre de collecte

La collecte des données s'est faite aux cabinets des praticiens interrogés afin de les maintenir dans un environnement de travail propice à l'évocation de leurs pratiques professionnelles. Seuls l'interrogé et moi-même étions présents dans la salle de consultation au moment de l'entretien, afin de garantir l'évocation de propos authentiques sans peur du jugement d'une tierce personne.

3.2. Recueil des données

a. Entretiens semi-dirigés

Le recueil des données s'est fait par le biais d'entretiens semi-dirigés afin de favoriser l'expression la plus libre possible des participants.

b. Guide d'entretien

Ces entretiens ont été menés selon un guide d'entretien préalablement conçu.

Ce guide a été divisé en 3 parties comprenant chacune 4 à 5 questions ouvertes. La première partie consistait au recueil des données générales sur le praticien interrogé afin de pouvoir dresser son « profil ». Ainsi étaient documentés son genre, son âge, sa durée d'exercice, son mode d'exercice, sa formation concernant la gériatrie, ainsi que l'informatisation de son cabinet. La seconde partie avait pour vocation d'explorer les connaissances générales, la pratique authentique du praticien ainsi que son ressenti en consultation face aux patients âgés chuteurs à répétition. Enfin, la 3^{ème} partie, visait à explorer l'intérêt que pouvait porter le praticien sur un outil d'aide à la consultation et lui faire imaginer l'outil idéal pour sa pratique. Afin de respecter la fluidité des entretiens, l'ordre des questions a pu être modifié au sein d'une même partie en fonction du discours de l'interrogé. L'ordre des 3 parties a par contre été systématiquement respecté.

Une première version du guide d'entretien a été rédigée par mes soins, et relue par mon directeur de thèse afin d'assurer la compréhension des questions. (Annexe 1)

Cette première version du guide a été éprouvée au cours d'un premier entretien test, réalisé en condition réelle mais non inclus dans l'analyse.

Il m'a permis dans un premier temps de tester le matériel d'enregistrement. Lors de ce premier entretien, une erreur de manipulation du dictaphone n'a pas permis l'enregistrement des propos, mon smartphone utilisé comme système de secours a également fait défaut à partir de la 17^{ème} minute par manque de capacité mémoire.

Ensuite, il a mis à l'épreuve mes capacités à mener un entretien. J'y ai découvert la complexité d'un entretien semi-dirigé, qui n'est pas une simple discussion. J'ai pu cerner les attitudes propices au témoignage de l'interrogé, comme la reformulation des idées ou les silences avec regard soutenu. J'ai également pu cerner mes difficultés initiales à recentrer les propos en cas d'éloignement du sujet principal et établir des stratégies pour y faire face (« pour revenir à... », « vous m'avez parlé de... »).

Enfin, ce test m'a permis de réévaluer la pertinence du guide d'entretien. J'ai pu identifier les questions qui par manque de clarté nécessitaient une reformulation pour être comprises. J'ai pu aussi me rendre compte que l'intitulé des questions de la seconde partie engendrait une confusion, l'interrogé me renseignant principalement sa pratique dans la gestion de la chute en aiguë (bilan traumatologique etc.) aux dépens de la gestion préventive de la récurrence, qui est le sujet principal de mon travail. Enfin l'analyse du temps passé par l'interrogé à répondre aux différentes parties m'a permis de prendre conscience de la nécessité de raccourcir les questionnements de la partie 2 qui risquait d'entraver le temps passé à répondre à la partie 3.

Au total, ce premier entretien test m'a permis une première expérience en tant que meneur d'entretien qualitatif. Il a également engendré une refonte significative du guide d'entretien, amenant à la 2^{ème} version éprouvée lors des entretiens suivants. (Annexe 2)

VERSION 1	VERSION 2
<p>1) Sujet 2 : La chute chez le sujet âgé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles informations générales disposez-vous quant à la chute du sujet âgé ? <ul style="list-style-type: none"> <i>Si besoin de relance :</i> <ul style="list-style-type: none"> o Qu'est-ce qu'une chute selon vous ? o Quels impacts ont les chutes au niveau épidémiologique ? <i>Rappels sur l'épidémiologie de la chute à partir de 65 ans :</i> <ul style="list-style-type: none"> o Plus de 3 consultations sur 4 pour accident de la vie quotidienne (EPAC 2017) o Plus d'1 patient sur 3 ayant consulté aux urgences est hospitalisé (EPAC 2010) o Plus d'1 patient sur 4 hospitalisé en court séjour gériatrique suite à une chute est institutionnalisé dans les 6 mois (CHU Nantes 2012) o Plus de 87% des fractures de l'ESF après 65 ans sont liées à une chute (INVS 2014) o Plus de 6700 décès suite à une chute accidentelle (INSEE 2016) - Quelle est votre attitude en cabinet face à un patient âgé à risque de chute ? <ul style="list-style-type: none"> <i>Si besoin de relance :</i> <ul style="list-style-type: none"> o Qu'abordez-vous à l'interrogatoire ? o Que recherchez-vous à l'examen clinique ? o Quelles données paracliniques vous sont utiles ? o Quelles interventions réalisez-vous ? - Quels sont vos ressentis lors d'une telle consultation ? <ul style="list-style-type: none"> <i>Si besoin de relance :</i> <ul style="list-style-type: none"> o Quelles difficultés percevez-vous ? o Quelles sont les attitudes facilitatrices ? - Quels sont vos outils/besoins pour optimiser vos consultations chutes ? 	<p>1) Sujet 2 : La chute chez le sujet âgé de plus de 65 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qu'est-ce qu'une chute selon vous ? Une chute répétée ? <ul style="list-style-type: none"> <i>Rappels sur l'épidémiologie de la chute à partir de 65 ans :</i> <ul style="list-style-type: none"> o + de 3 consultations sur 4 aux urgences pour accident de la vie quotidienne (EPAC 2017) o + d'1 patient sur 3 ayant consulté aux urgences est hospitalisé (EPAC 2010) o + d'1 patient sur 4 hospitalisé en court séjour gériatrique suite à une chute est institutionnalisé dans les 6 mois (CHU Nantes 2012) o + de 6700 décès suite à une chute accidentelle en 2016 (INSEE 2016) - Vous recevez une personne âgée ayant fait 2 chutes dans l'année, comment se déroule votre consultation ? <ul style="list-style-type: none"> <i>Si besoin de relance :</i> <ul style="list-style-type: none"> o Qu'abordez-vous à l'interrogatoire ? o Que recherchez-vous à l'examen clinique ? o Quelles données paracliniques vous sont utiles ? o Quelles interventions réalisez-vous ? - Quels sont vos ressentis lors d'une telle consultation ? - Quels sont les documents et outils dont vous disposez pour vous aider dans votre prise en charge ?

Figure 11 : Comparaison entre la 1ère et 2nde version du guide d'entretien

c. Déroulement des entretiens

L'entretien a été unique pour chaque interrogé. Le participant était informé préalablement de la durée moyenne que pouvait prendre l'entretien (à savoir environ 30 minutes) afin qu'il puisse organiser son emploi du temps.

L'enregistrement des propos a nécessité l'utilisation d'un dictaphone (marque Tascam modèle DR-07mkII) posé sur le bureau du médecin. Par mesure de précaution, un enregistrement audio via mon ordinateur portable était réalisé de manière concomitante.

Lors de l'entretien, je ne disposais pas de cahier de terrain et ne prenais pas de note manuscrite afin de favoriser la discussion sans rupture de contact visuel.

d. Retranscriptions

La retranscription des verbatims s'est faite mot à mot via le logiciel Word de la suite Microsoft office. Les propos ont été anonymisés pour constituer les verbatims notés M1 à M7. Il n'y pas eu de retour des retranscriptions auprès des personnes interrogées.

e. Saturation des données

Le recueil des données a débuté le 07/12/2020 et s'est achevé le 16/07/2021.

La saturation des données a été obtenue au 6^{ème} entretien, au décours duquel aucun nouvel élément thématique n'a été mis en évidence après analyse. Un 7^{ème} entretien a été réalisé afin de le confirmer.

III) Analyse et résultats

A. Analyse

Les techniques d'analyse utilisées dans ce travail sont basées sur les enseignements théoriques issus de l'ouvrage « Analyse qualitative en sciences humaines et sociales » rédigé par Pierre Paillé et Alex Mucchielli (43).

Une première thématization a été réalisée pour chaque entretien au décours quasi-immédiat de celui-ci (en moyenne dans la semaine suivant la réalisation de l'entretien). Cette première étape consistait d'abord en une phase de proto-thématisation avec délimitation d'unité de signification (phrase ou ensemble de phrases liées à une même idée) puis attribution des thèmes dans une démarche de thématization en continu avec inscription des thèmes en inséré. Les thèmes ont été consignés dans un journal de thématization qui s'est enrichi au fur et à mesure des lectures d'entretien. A la suite du journal de thématization, des arbres thématiques ont été constitués à l'aide du logiciel Xmind. Cette première thématization s'est déroulée de Novembre 2020 à Avril 2021.

Suite à une formation complémentaire à l'analyse qualitative dispensée par la faculté de Montpellier le 08 avril 2021, j'ai décidé de reconsidérer cette première analyse naïve. Il me semblait que les thèmes créés pouvaient être parfois trop interprétatifs en s'éloignant de la réelle teneur des propos. S'en est donc suivi une relecture intégrale des entretiens afin de faire une nouvelle analyse thématique plus systématique et proche du texte. Les thèmes ont été cette fois-ci consignés dans un relevé de thème rassemblant les thèmes de chaque entretien. Puis un nouveau journal de thématization a été produit par fusion, subdivision, regroupement et hiérarchisation des thèmes consignés. Ce travail a abouti à la seconde version des arbres de thématization présentée dans cette thèse. Cette deuxième étape a duré de Mai à Juillet 2021.

B. Résultats

1. Caractéristiques de la population interrogée

Au total **7 médecins** généralistes ont participé à l'étude, dont **4 femmes** et **3 hommes**.

La moyenne d'âge des participants était de **47,3 ans** avec un âge médian de 46,5 ans pour un maximum de 62 ans et un minimum de 31 ans.

La durée moyenne d'installation des participants était de **16,2 ans** avec une médiane à 16,3 ans pour un maximum de 32 ans et un minimum de 8 mois.

3 praticiens exerçaient en **zone complémentaire**, 3 **hors zonage** et 1 en **zone prioritaire**.

La part des sujets âgés de plus de 65 ans dans leur patientèle était estimée en moyenne à **37%** avec une médiane à 36% pour un maximum de 60% et un minimum de 12%.

Tous les interrogés étaient **équipés** d'un ordinateur. 6 utilisaient un système de type **PC** et 1 seul un système de type **MAC**. 4 travaillaient avec le logiciel métier en ligne **WEDA**, 2 étaient équipés du logiciel **Med'Oc** et 1 seul utilisait **Axisanté**.

2 médecins avaient réalisés les enseignements nécessaires pour l'obtention de la **capacité de gériatrie**.

Médecin	Sexe	Age	Zone	Installation	% > 65a	Informatique	Logiciel	Formation
1	F	36	ZAC	6 ans	20%	PC	WEDA	
2	H	57	ZAC	26 ans	60%	PC	WEDA	
3	F	56	ZIP	25 ans	23%	PC	WEDA	Capac té
4	H	47	Hors zone	15 ans	55%	Mac	WEDA	
5	F	62	ZAC	32 ans	30%	PC	Med Oc	Capac té
6	H	31	Hors zone	8 mo s	12%	PC	Med Oc	
7	F	42	Hors zone	9 ans	60%	PC	Ax santé	

Tableau 1 : Résumé des caractéristiques de l'échantillon

2. Durée des entretiens

La durée moyenne des entretiens était de **35 minutes et 45 secondes** avec une durée médiane de 37 minutes et 51 secondes pour un maximum de 51 minutes et 58 secondes et un minimum de 23 minutes et 44 secondes. Il n'y pas eu d'incident technique lors de ces entretiens.

3. Arbres thématiques

3.1. L'apprentissage du soin de la personne âgée

A la question de la source de leur connaissances en gériatrie, les médecins interrogés ont évoqués en premier lieu l'**expérience pratique** acquise au fil des ans : Ainsi, certains ont évoqués l'apport de leur **stage en service de médecine à l'hôpital** lors de leur cursus d'internat, où une part importante des lits était occupée par des sujets de plus de 65 ans.

M1 : « J'ai été dans un service de médecine interne, c'était surtout de la gériatrie, à Alès, C'était après 65 ans hein, ou 60 allez, et puis sinon j'étais en médecine physique et réadaptation aussi au CHU pendant l'internat, et là aussi c'était beaucoup de personnes âgées... »

M2 : « Par rapport à l'internat, j'ai fait un passage en médecine interne avec pas mal de gériatrie... »

M4 : « [...] les stages d'internat à l'hôpital dans les services de médecine avec beaucoup de gériatrie [...] »

M6 : « Donc moi en internat j'ai fait du post-urgences polyvalent donc c'est un service de médecine polyvalente juste après les urgences, un peu tampon, durée moyenne de séjour 6 jours et par contre c'était quasiment que de la gériatrie ... »

Un seul avait réalisé un **stage en service de gériatrie** durant l'internat.

M7 : « Bah juste pendant l'internat, j'ai fait 6 mois de gériatrie dans un hôpital de périphérie, comme on dit, pas au CHU. »

Plusieurs mentionnaient comme source principale d'apprentissage leur **pratique quotidienne** auprès du sujets vieillissants, que ce soit en cabinet de ville ou en structure d'accueil comme les EHPAD.

M2 : « Effectivement, c'est la pratique... Je m'occupe de patients en EHPAD... Je m'occupe de patients... on a un petit service de médecine ici... un USLD... donc on est quand même très impliqué auprès des personnes âgées. Ma patientèle est effectivement âgée, donc j'ai une expérience assez... »

M4 : « Ici on fait beaucoup d'EHPAD, donc on a appris sur le terrain avec nos pairs. »

M6 : « La pratique au quotidien. Ici on a quand même sur la commune... ils ont 10 ans de plus que la moyenne du département à peu près. »

Enfin, 2 d'entre eux ont déclaré avoir occupé une fonction de **médecin coordinateur d'EHPAD**.

M3 : « J'ai travaillé en tant que médecin coordinateur à la maison de retraite qui était ici pendant quelques années puis elle a déménagé mais je n'ai pas suivi. »

M5 : « À un moment j'étais médecin coordinateur d'EHPAD mais j'ai arrêté depuis plusieurs années. »

Outre, l'apprentissage par la pratique, certains ont mis en avant leur **formation théorique** en gériatrie.

L'un avait ainsi choisi de réaliser son **travail de thèse** sur le thème de la gériatrie.

M6 : « J'ai fait ma thèse sur les réseaux de santé « personnes-âgées » en Lorraine [...]»

D'autres indiquaient suivre une **formation médicale continue** abordant des thèmes gériatriques.

M2 : « On a une formation médicale continue au Vigan, avec de très nombreuses soirées à orientation gériatrique... Il y a pas très longtemps on a fait venir Pr Blain sur les interactions médicamenteuses, qui est d'ailleurs très bien. »

M7 : « Et puis après j'ai fait quand même quelques formations médicales continues sur les personnes âgées, sur les médicaments, et peut-être les chutes ? »

2 praticiens ont évoqué avoir obtenu la **capacité de gériatrie** afin d'exercer une fonction spécifique auprès des sujets âgés.

M3 : « J'ai passé la capacité de gériatrie. Pour faire médecin coordonnateur au bout d'un moment ils nous le demandaient. »

M5 : « J'ai fait la capacité de gériatrie mais je n'ai jamais fait le mémoire (rire). J'ai suivi les cours pendant 2 ans, passé les examens, fait les stages à Antonin Balmes mais après j'ai arrêté. » ; « Je l'avais fait contrainte et forcée parce qu'on m'avait demandé d'être médecin coordinateur, parce qu'ils trouvaient personne mais je leur avais dit « Olala dès que vous en avez trouvé un vous le prenez... » (rire). »

En tout état de cause, un médecin concluait que malgré l'**absence de formation spécifique**, le soin de la personne âgée fait **partie intégrante du métier de médecin généraliste**.

M6 : « J'ai pas fait de formation spécifique personne âgée. Mais tu te doutes bien que depuis qu'on est étudiant on en voit quoi. (rires). »

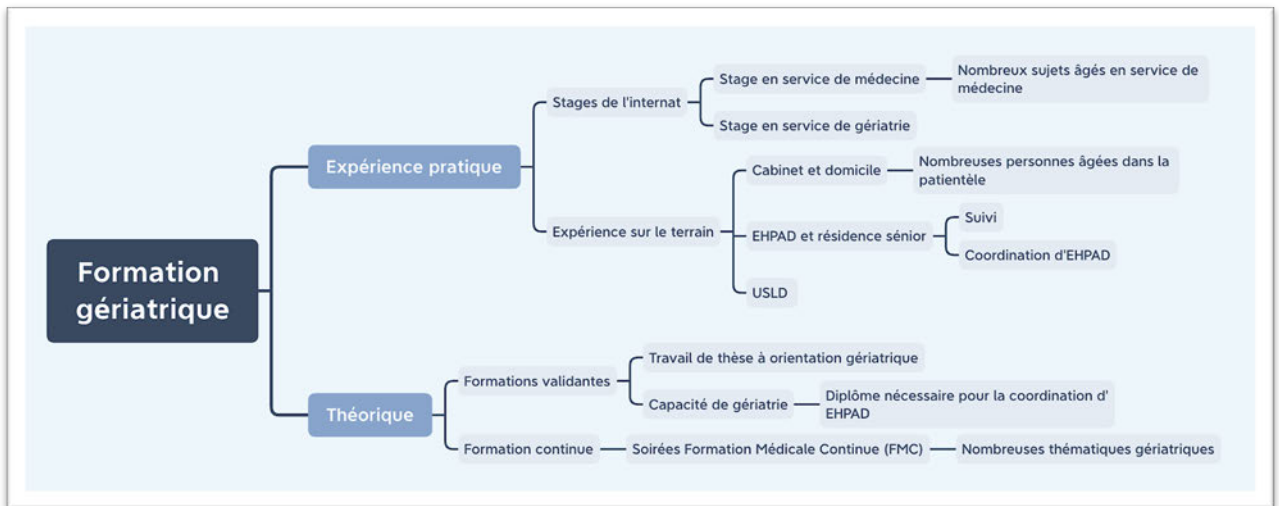


Figure 12 : Résumé thématique de la formation gériatrique des médecins interrogés

3.2. Le concept de chute

L'évocation des termes de « chute » et « chute répétée » a révélé plusieurs significations auprès des interrogés.

La chute semble dans un premier temps se définir comme un **évènement physique** : une **perte de hauteur involontaire**.

M2 : « Une chute c'est un évènement, qui produit... qui conduit à une réception sur le sol ou sur un meuble, une perte d'équilibre. »

M4 : « C'est quand une personne âgée se retrouve par terre. »

M5 : « Une chute, c'est un loupé dans le fait de se lever, de s'asseoir qui fait qu'on tombe par terre... à un niveau inférieur à ce qu'on avait prévu. Si on tombe du lit, on fait une chute du lit, si on tombe de la chaise on tombe de la chaise, si on tombe de sa hauteur... voilà. »

M6 : « C'est le fait de se retrouver au sol sans l'avoir décidé. C'est le fait de tomber par terre ou perdre l'équilibre, c'est l'acte d'être au sol un certain temps sans en avoir eu envie auparavant. »

Lorsqu'on parle de chute du sujet âgé, elle prend une dimension plus **symbolique**. Ainsi, certains voient dans cet évènement le signe d'un **déclin vers la dépendance**.

M1 : « Ouais chute, en gros pour moi ça veut dire perte d'autonomie quoi. Et tout ce qui va avec. Ça peut être la mémoire, ça peut être physique. »

M2 : « Un déclin progressif on sait que ça va entraîner la chute et la perte d'autonomie. C'est la hantise. » ; « Alors je sais plus si c'est à 2 ou 3 ans, il y a un certain pourcentage de patient qui sont décédés, d'autres qui sont institutionnalisés. Je ne me souviens plus du pourcentage. Donc la chute est un symptôme plus ou moins précoce d'un déclin, peut-être la porte d'entrée vers la dépendance. »

M4 : « C'est un évènement majeur dans la vie des personnes âgées. C'est peut-être l'évènement majeur de l'histoire médicale d'une personne âgée qui va la faire passer du domicile à l'EHPAD. Donc pour moi la chute, il y a la définition physique bien sûr de la personne qui va se faire mal, qui va tomber ou qui va commencer à tomber, mais c'est également une frontière entre l'autonomie et la dépendance. »

M7 : « Mais c'est sûr que la chute, notamment sur la fracture du col du fémur, en général c'est extrêmement... sur le pronostic de vie ça engage... on le voit quand même régulièrement que c'est dramatique, ils perdent énormément d'autonomie, après il y a tout qui se dégrade, la peau, la motricité et ça c'est vrai que je m'en suis déjà rendu compte. »

Un médecin considère celle-ci comme un **marqueur du vieillissement**.

M5 : « Ce que je ressens c'est que quand on commence à chuter, c'est pas bon signe. C'est un pas de plus vers la vieillesse. »

Tandis qu'un autre y voit plutôt le **symptôme d'un trouble médical à explorer**.

M6 : « Pour moi on n'a pas à tomber. On peut tomber une fois. Mais y a aucune raison logique à tomber plus d'une fois sans explication médicale. »

Au-delà du symbole, la chute semble être l'occasion d'une **remise en question** pour le praticien et son patient.

Cet évènement peut-être perçu comme l'opportunité de **réévaluer l'accompagnement médical** qui est mené auprès du patient.

M3 : « [...] Ils se laissent aller finalement tout doucement, nous on s'en rend pas forcément compte. Et c'est au moment où ils disent « tiens, je suis tombé là », on se dit « ah ouais au niveau mécanique, au niveau équilibre, il y a des choses à faire simples pour éviter les prochaines chutes et que vous vous cassiez pas le fémur » »

M3 : « [...] Des fois quand ils tombent, quand y a des trucs comme ça, on se dit « ah mais merde lui en fait ça fait longtemps qu'il a pas vu le cardio [...] »

Mais également l'occasion de faire le point sur **les conditions de vie** de ce dernier.

M5 : « Ca permet de faire le point sur leur vie, sur leur âge et tout ça. Et puis de leur faire prendre conscience que maintenant il faut pas faire n'importe comment. » ; « Ca permet de discuter des conditions de vie aussi. »

Quand on aborde la notion de **chutes répétées**, d'autres considérations apparaissent et les définitions sont plurielles.

Tous définissent spontanément ce phénomène dans sa dimension temporelle, en terme de **fréquence**. Mais cette fréquence varie d'un médecin à l'autre :

- Plusieurs fois par **semaine**

M3 : « Et les chutes répétées, ça peut être des gens qui tombent 2-3 fois dans la semaine ou parfois plus quoi. »

- Plusieurs fois par **mois**

M1 : « C'est quand ça arrive plusieurs fois dans le mois.. ? Tu les vois 2 ou 3 fois dans le mois pour ça. Je trouve c'est déjà pas mal hein. (rire) »

M6 : « Je dirais qu'une fois par mois c'est chute à répétition pour moi. »

M7 : « Donc des chutes répétées, j'aurais dit même 2-3 chutes à quelques semaines d'intervalle. »

- Plusieurs fois par **an**

M2 : « Elle peut être accidentelle et sporadique ou répétée si une fréquence peut être déterminée comme anormale. Ca peut être 3 fois dans l'année. 3 fois c'est trop. »

M4 : « À partir de 2 fois c'est répété. »

M5 : « C'est quand on fait plusieurs chutes par an. Pas par mois, mais déjà 3 ou 4 par an quoi. »

Mais à elle seule, la fréquence ne semble pas suffisante pour caractériser les chutes répétées. Ainsi, il est évoqué l'importance de rapporter la fréquence au **profil du patient** chuteur.

M2 : « Je dirais c'est la chute avec le profil du patient qui va orienter la surveillance. Un sujet de 65 ans qui est sportif qui fait des marathons, qui est très musclé, une chute restera accidentelle même s'il y en a 3 dans l'année. Un patient dénutri, sans faire du sport, qui chute 3 fois là le contexte est complètement différent. »

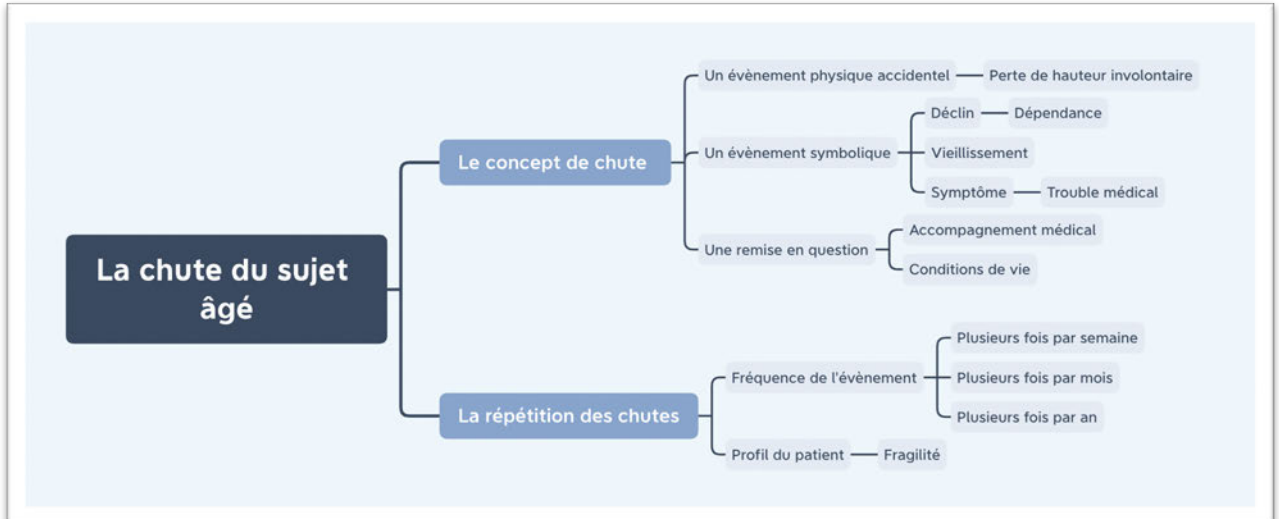


Figure 13 : Résumé thématique des significations des chutes du sujet âgé

3.3. La démarche médicale face aux chutes répétées

Les entretiens ont permis aux interrogés d'exprimer librement leur pratique médicale lorsqu'ils sont confrontés à la question des chutes répétées chez un sujet de plus de 65 ans. Cette démarche semble s'articuler autour de 4 axes principaux : l'interrogatoire, l'examen physique, les examens paracliniques et les interventions. (Annexe 3)

a. L'interrogatoire

L'analyse montre l'importance qui est accordée à l'**interrogatoire**.

En premier lieu l'ensemble des médecins évoque la nécessité de questionner les **circonstances de la chute**. Ils semblent différencier deux cas de figures : celui de la chute « mécanique » qui tiendrait de la maladresse, et le malaise.

M1 : « Est-ce que c'est des chutes mécaniques ? Des malaises ? » ; « Ca dépend si c'est mécanique ou si c'est un malaise, l'interrogatoire il part différemment. »

M2 : « D'abord je ferais le point sur les circonstances... » ; « s'il s'est emmêlé les pieds dans le tapis, s'il y avait un fil qui traînait, si le chat est passé dans ses jambes voilà. »

M3 : « [...] en général j'essaye de leur demander s'il y a une cause évidente ou pas : s'ils se sont pris les pieds ; s'ils ont glissé ou s'ils ont eu un malaise ou s'ils sont tombés de façon spontanée. »

M4 : « Tout d'abord l'interrogatoire. Voir ce qu'il s'est passé. Est-ce un malaise ? Les circonstances précises de cette chute, s'il y a eu une perte de connaissance ou non. Vraiment qu'elle me raconte, seconde par seconde ce qu'il s'est passé. »

M5 : « J'essaye de voir la cause de la chute déjà. »

M6 : « Savoir les conditions, comment il a chuté, s'il s'en souvient, les prodromes... »

M7 : « Je vais lui demander qu'est-ce qu'il s'est passé sur la dernière chute pour laquelle peut-être elle s'amène. Comment s'est déroulé cet épisode de chute ? Est-ce qu'elle a ressenti un malaise ou des symptômes particuliers avant de tomber ? Est-ce qu'elle se souvient s'il y avait un obstacle sur le sol qui a pu favoriser la chute ? Je vais reprendre avec elle les mécanismes de la chute précédente pour voir s'il y a des événements un peu redondants qui se présentent : soit des prodromes, soit peut être aussi toujours le même souci mécanique qui favorise la chute. »

Ils questionnent ensuite le **mode de vie** de leurs patients :

Un point d'honneur est mis sur la compréhension de l'**environnement matériel**.

M1 : « Est-ce qu'il a un chien qui le fait chuter ? Est-ce qu'il a un tapis ? » ; « il t'explique comment est agencée sa maison... »

M2 : « Donc j'évaluerais par l'interrogatoire le logement. Quel type de logement il s'agit, plein pied ou à étage avec escaliers ? Quels sont les risques à la maison ? »

M3 : « Essayer déjà de voir si c'est des chutes... parce que des fois y a des tapis chez eux, la maison est pas forcément bien agencée... Ici il y a beaucoup de maison, où il y a pas mal d'escaliers, parce que s'ils habitent dans une maison de village, c'est des fois une ou 2 pièces puis un escaliers puis une pièce... » ; « C'est vrai que des fois y a des maisons qui sont pas faciles... »

M4 : « Si on est au domicile, c'est parfait, on regarde. Au domicile souvent il y a des tapis, pleins de trucs qu'il faut checker, les salles de bains... On regarde un peu les zones de passages, les couloirs, les toilettes, les ampoules elles marchent ? Il y a tellement de choses dans les maisons... »

M5 : « Souvent c'est à domicile, alors on va examiner les tapis, si le lit n'est pas tout simplement trop haut. C'est sûr que tous les gens qui ont des chaises à roulettes comme moi... j'ai déjà été sujette aux chutes avec ça. Souvent ça part avant que vous soyez assis dessus donc on tombe par terre (rires). »

Mais un médecin s'intéresse également à l'**environnement social**.

M1 : « Voir un peu s'il est entouré. »

Ensuite, la nécessité d'identifier leur **habitus** est mise en avant :

L'un s'assure que ses patients aient une **alimentation et hydratation** satisfaisante.

M1 : « Est-ce qu'il mange bien ? Est-ce qu'il s'hydrate bien ? Il y a tout cet interrogatoire »

Tandis que d'autres cherchent des **prises de toxiques**, notamment l'alcool.

M3 : « Parce qu'en fait le problème c'est l'alcool. »

M5 : « S'il a trop bu tout simplement... »

M6 : « Je vais chercher l'alcool, je vais chercher les toxiques. »

La majorité interroge les **prises médicamenteuses** afin notamment d'identifier des médicaments qui pourraient favoriser la chute.

M2 : « Je chercherais les facteurs médicamenteux qui peuvent expliquer aussi les chutes.... »

M5 : « Et puis je vérifie s'ils ont pas des médicaments qui pourraient les faire chuter. Par exemple ceux qui ont un somnifère et qui chutent la nuit, ça ne les arrange pas. »

M6 : « [...] je vais chercher les benzo [...] »

M7 : « [...] voir ce qu'elle prend comme médicament [...] »

Un dernier évoque également le besoin de s'assurer de l'utilisation ou non d'une **aide technique à la marche**.

M1 : « Est-ce qu'il utilise une canne, un déambulateur ? »

Une fois le mode de vie et les habitus identifiés, plusieurs praticiens s'emploient à identifier les **symptômes** actuels qui affecteraient leur patient.

Parmi les symptômes recherchés, certains questionnent d'éventuels **troubles sensoriels**.

M1 : « Est-ce qu'il voit bien ? »

M7 : « [...] c'est parfois l'occasion de parler des atteintes sensorielles comme la vue et l'ouïe [...] »

Plusieurs recherchent également des **troubles sensitifs** prédominant aux membres inférieurs.

M6 : « Est-ce que vous avez la sensation d'être bien stable, de sentir le sol. »

M7 : « [...] si elle a l'impression d'avoir des fourmillements dans les jambes [...] »

L'un s'informe de l'existence d'éventuelles **douleurs spontanées ou liées à un périmètre de marche.**

M7 : « [...] je vais lui demander si elle a mal quelque part, mal au dos, mal au genoux [...] » ; « Lui demander s'il y a des douleurs qui arrivent au bout d'un certain périmètre de marche. »

Un autre enquête sur d'éventuels **signes fonctionnels urinaires ou digestifs.**

M1 : « [...] brûlures urinaires, une constipation aussi. »

Outre l'interrogatoire du patient, plusieurs médecins évoquent la nécessité d'interroger l'**entourage** qui est à-même de renseigner l'état cognitif et thymique du patient et parfois de préciser les circonstances de la chute. Ils enquêtent également auprès des **personnels paramédicaux** qui par leur proximité sont capables de renseigner l'environnement du patient.

M1 : « Après s'il sait pas trop, c'est vraiment l'entourage qu'il faut interroger aussi quoi. »

M3 : « Même quand ils perdent un peu la tête, qu'ils sont désorientés, qu'ils oublient, c'est la famille qui dit « mais là il est pas comme avant ». Donc c'est souvent bien d'avoir, la famille. » ; « Et puis des fois il y a la famille qui dit « ah mais ouais en fait il se plaint qu'il a mal là, il lève moins les pieds, ou en fait il est un peu dépressif, il a pas trop le moral, il reste beaucoup assis, il a pas envie de faire les choses... »

M4 : « Souvent il y a l'entourage qui est là. Donc on essaye de préciser les choses avec l'entourage. »

M6 : « C'est-à-dire que si par exemple il y a des infirmiers à la maison et que je reçois au cabinet, il y en a pour qui je n'ai jamais vu leur environnement ben ça m'arrive, ici on a le contact facile, j'appelle l'infirmier pour savoir [...] »

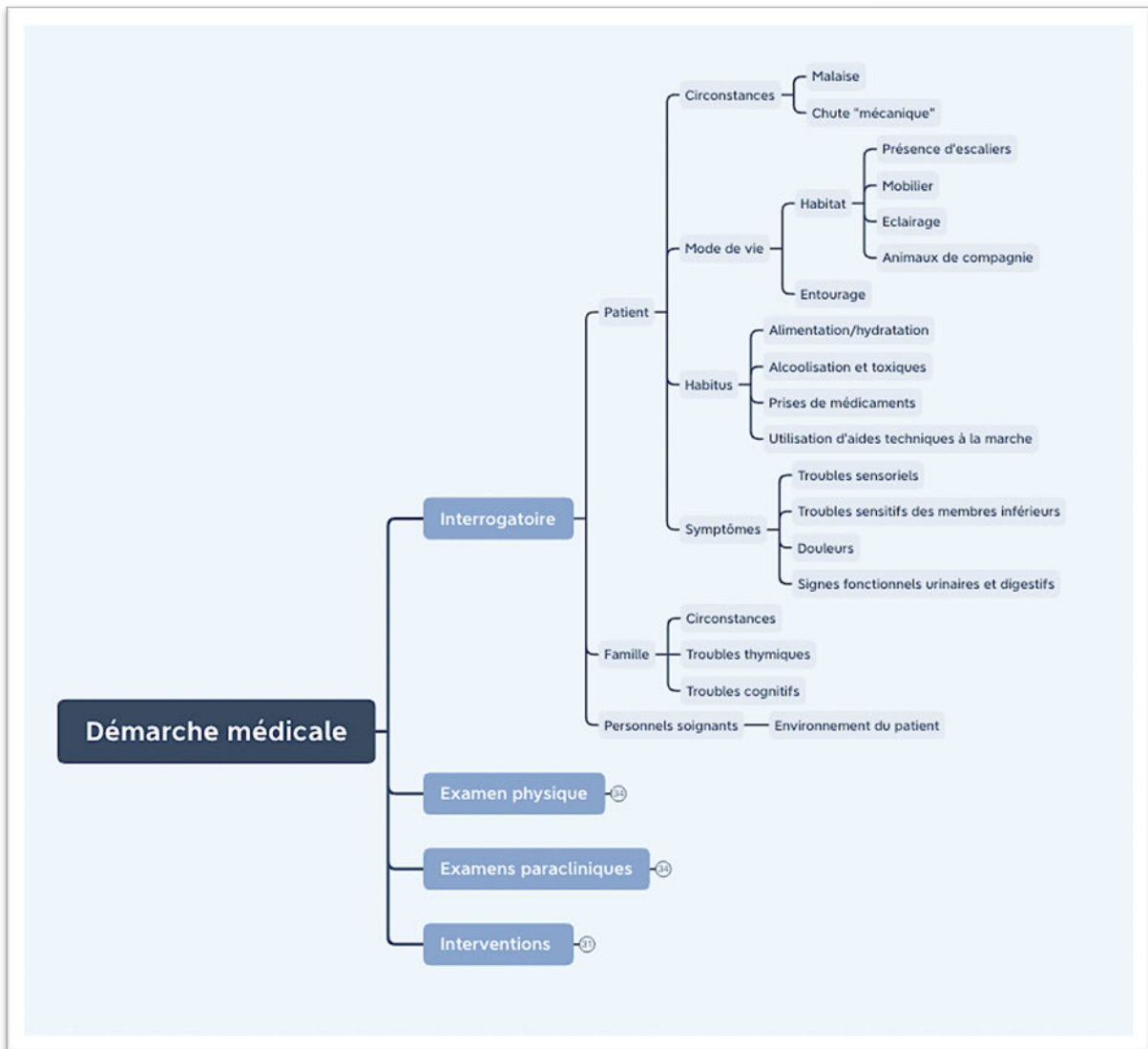


Figure 14 : Résumé thématique de la démarche d'interrogatoire

b. L'examen clinique

Après la phase d'interrogatoire, les praticiens interrogés passent naturellement à l'examen clinique.

Le premier temps de l'examen consiste en la mesure des **paramètres vitaux**.

M3 : « Donc je prends la tension, les pulsations [...] la saturation [...] »

M7 : « Je vais lui prendre la tension [...] »

Puis la majorité des interrogés se concentre sur l'**état général** du patient. Ils regardent notamment l'**état nutritionnel et musculaire** afin de dépister une dénutrition ou une sarcopénie.

M1 : « L'état d'hydratation, l'état général quoi. S'il est tout maigre, tout cachectique bon ben voilà... »

M2 : « [...] l'état général du patient, on en revient à cette dénutrition, en médecine générale c'est un truc auquel on est très souvent confronté... »

M4 : « [...] peut être qu'on va plus faire gaffe à la sarcopénie, aux amyotrophies, à l'état nutritionnel, à l'état d'hydratation. »

M7 : « Je vais aussi regarder comment la personne se lève d'une chaise : si elle a besoin de s'aider de ses mains, si elle arrive à se lever toute seule. »

Il est évoqué ensuite la recherche d'un **trouble trophique des membres inférieurs**.

M2 : « [...] un mal perforant plantaire chez le diabétique, ou une plaie qui peut engendrer des troubles de la marche. »

Enfin, une attention particulière sur le **chaussage** est portée par certains participants.

M1 : « Est-ce qu'il a de bonnes chaussures ? Ça toujours. Je regarde même à l'intérieur, voir qu'il y ait pas un truc ou quoi. Tu sais j'étais en rééducation donc j'ai un peu ce truc de regarder autour quoi. »

M4 : « La façon dont ils sont chaussés aussi ça va être important, on en a pas parlé mais il va falloir regarder ce qu'ils ont aux pieds. »

M6 : « Et puis ensuite je regarde les pieds, je regarde les chaussures. Ca c'est un truc... Quand tu vois des fois le chaussage tu te dis... Ça va pas ! »

M7 : « [...] qu'est-ce qu'il porte comme chaussures, ça je regarde beaucoup à la maison [...] »

Une fois l'état général du patient apprécié, l'ensemble des médecins s'intéresse à l'**examen neurologique** de leur patient chuteur.

En premier lieu, certains recherchent d'éventuels signes d'accident vasculaire cérébral (**AVC**).

M1 : « Je pense qu'il faut faire neuro surtout. Tu sais, des petits AVC, comme ça à répétition, ou des AIT à répétition, ça peut aussi laisser des petites séquelles neuro. »

M3 : « Quand on fait l'examen on voit des fois des choses qui vont très bien, donc on dit « a priori c'est pas neuro » : y a pas de signe d'AVC [...] »

M4 : « L'examen neuro on va regarder qu'il y ait pas de déficit etc. »

M6 : « Ben là je vais quand même faire un examen neuro, je regarde les réflexes, je fais le Romberg, je le mets debout... »

Un médecin met l'accent sur la recherche d'un **syndrome extra-pyramidal**.

M2 : « [...] je vais vérifier la fluidité du mouvement, un syndrome extra-pyramidal qui serait en train de se mettre en place, ou une marche à petit pas. »

Tandis qu'un autre évoque la recherche de signes en faveur d'une **hydrocéphalie à pression normale**.

M4 : « Puis le côté neuro. Les hypertensions intracrâniennes à pression normale avec les troubles urinaires, les céphalées, les chutes... »

Outre les troubles neurologiques centraux, la recherche de **troubles neurologiques périphériques** est également mentionnée.

M5 : « Après je le fais pas souvent mais je pourrais regarder les troubles neurologiques des pieds... »

M6 : « Et après je regarde quand même beaucoup les artères des pieds, un peu la sensibilité. »

Enfin un médecin réalise le dépistage de **troubles neuro-cognitifs** par des questions simples mais aussi par des tests spécifiques.

M3 : « Bon en général je les connais mais des fois, suivant comment c'est, je leur fais un petit truc du style « Quel jour on est ? Où est-ce que vous habitez ? Combien vous avez d'enfants ? Voilà un petit truc classique. » ; « Je leur fais des fois dans une deuxième consultation un peu tout ce qui est les tests de base : l'horloge, les MMS. »

Après l'examen neurologique, les participants semblent se concentrer particulièrement sur l'**examen cardiaque**.

Une majorité déclare ainsi rechercher spontanément une **hypotension orthostatique**.

M2 : « Je vais rechercher une hypotension orthostatique. »

M4 : « Hypotension ? »

M5 : « La tension surtout, s'ils n'ont pas une hypotension orthostatique. »

M6 : « Je vais chercher l'hypotension orthostatique... »

Nombre d'entre eux étudient la possibilité d'une **cardiopathie rythmique**.

M1 : « Si tu trouves un truc cardio, s'il fait une FA... »

M3 : « Des fois quand ils tombent, quand y a des trucs comme ça, on se dit « ah mais merde lui en fait ça fait longtemps qu'il a pas vu le cardio, des fois il est un peu traité pour la tension tout ça, voir qu'il y ait pas peut être des troubles du rythme, une fibrillation, des trucs comme ça en paroxystique, qui puissent lui faire tourner la tête, le faire tomber [...] »

M4 : « Dans ces chutes-là, les troubles du rythme vont nous importer. »

M5 : « Je fais un examen pour vérifier si c'est un problème cardiaque. »

Certains recherchent une éventuelle **artériopathie des membres inférieurs**.

M6 : « Et après je regarde quand même beaucoup les artères des pieds (...) »

M7 : « Je vais regarder les pouls périphériques pour voir s'il y a pas de problème artériel. »

Un troisième temps important de l'examen clinique semble reposer sur l'examen de la **marche et de l'équilibre**.

Ainsi, l'**examen de la marche** se fait de manière différente selon les praticiens.

Certains basent leur jugement sur la **marche spontanée** de leur patient.

M1 : « Déjà tu le vois marcher quand il rentre dans ton cabinet. »

M2 : « Je regarde la fluidité, le mouvement, le ballant [...] »

M6 : « Bon déjà je regarde toujours mes patients rentrer dans le cabinet. Je les regarde marcher toujours. Entre la chaise ici (salle d'attente) et là (chaise du bureau) t'as déjà fait une grosse partie du boulot sur plein de chose. »

M7 : « Ensuite je vais la faire marcher en général, et regarder comment est la démarche, s'il y a une augmentation du polygone de sustentation [...] »

La réalisation des **tests spécifiques** comme le « get up and go test », est plus variable.

M1 : « T'as le get-up and go test [...] »

M5 : « Je les fais s'asseoir, marcher 20 mètres puis revenir. Je sais plus comment ça s'appelle. »

M7 : « Après je sais qu'il existe le test du « get up and go », mais je l'ai jamais fait en réalité dans mon cabinet. »

Quand il s'agit d'**examiner l'équilibre** ils s'orientent plus facilement vers des **tests spécifiques** comme l'appui unipodal, la poussée sternale, la manœuvre de Romberg ou encore le test de Fukuda.

M1 : « Je les fais tenir sur une jambe tu sais pendant 3 secondes, j'essaye de les pousser et c'est tout. C'est les trois trucs que je fais quand c'est mécanique, enfin quand tu peux les pousser un tout petit peu pour voir s'ils arrivent à se rattraper... Ca tu peux le faire quand ils sont quand même assez stables. S'ils viennent déjà avec une canne laisse tomber (rire). »

M2 : « Évaluer la position unipodale, voir comment il se relève d'une chaise. »

M3 : « Après je leur fais... ça je l'avais appris pendant la formation, je les mets debout là et je leur fais faire un peu l'appui unipodal et je regarde déjà s'ils tiennent bien sur un pied ou sur l'autre. »

M5 : « Je recherche des troubles de l'équilibre. Je fais la manœuvre 3 secondes sur un pied puis sur l'autre. »

M7 : « s'il y a des troubles de l'équilibre avec les manœuvres de Romberg ou le Fukuda [...] » ; « Et puis si j'y pense, parce que c'est pas toujours, peut-être essayer de voir sur l'appui unipodal combien de secondes la personne arrive à tenir sur une jambe. »

La suite de l'examen pratiqué paraît **plus hétérogène** dans son évocation spontanée.

On retrouve chez certains la pratique d'un **examen rhumatologique** avec :

- La recherche de **troubles statiques** :

M2 : « Vérifier également s'il n'y a pas un trouble statique [...] »

- L'étude de l'impact fonctionnel d'une **arthrose** :

M3 : « [...] voir comment ils sont aussi au niveau des genoux, s'ils ont des douleurs, si ça craque etc. »

Quand d'autres se concentrent sur l'**examen ophtalmologique** :

M1 : « Ophtalmo, comme tu peux (rires). »

M5 : « Après ça peut être aussi toute simplement des problèmes de vue. »

Un médecin met aussi l'accent sur l'**examen oto-rhino-laryngologique** (ORL) avec :

- La recherche de **troubles vestibulaires** :

M6 : « [...] l'examen ORL, je fais la marche en étoile un peu, le Romberg, le nystagmus [...] »

- Mais également la recherche de **bouchon d'oreille** :

M6 : « Puis ORL je vérifie qu'il y a pas de bouchons dans les oreilles. »

Un autre évoque l'**examen traumatologique** :

M4 : « A domicile quand on rentre pour la visite, déjà s'ils ont pas un hématome c'est bien. »

Enfin, des praticiens soulignent l'importance de rechercher des signes de **maladie aiguë intercurrente** :

M1 : « S'il y a pas une pneumonie, une infection intercurrente [...] des globes, des trucs comme ça, tu sais pas trop hein. »

M3 : « Après des fois j'ai aussi des soucis avec des gens qui sont tombés 2 jours d'affilée, où on m'appelle à la maison, je regarde plutôt le côté infectieux. »

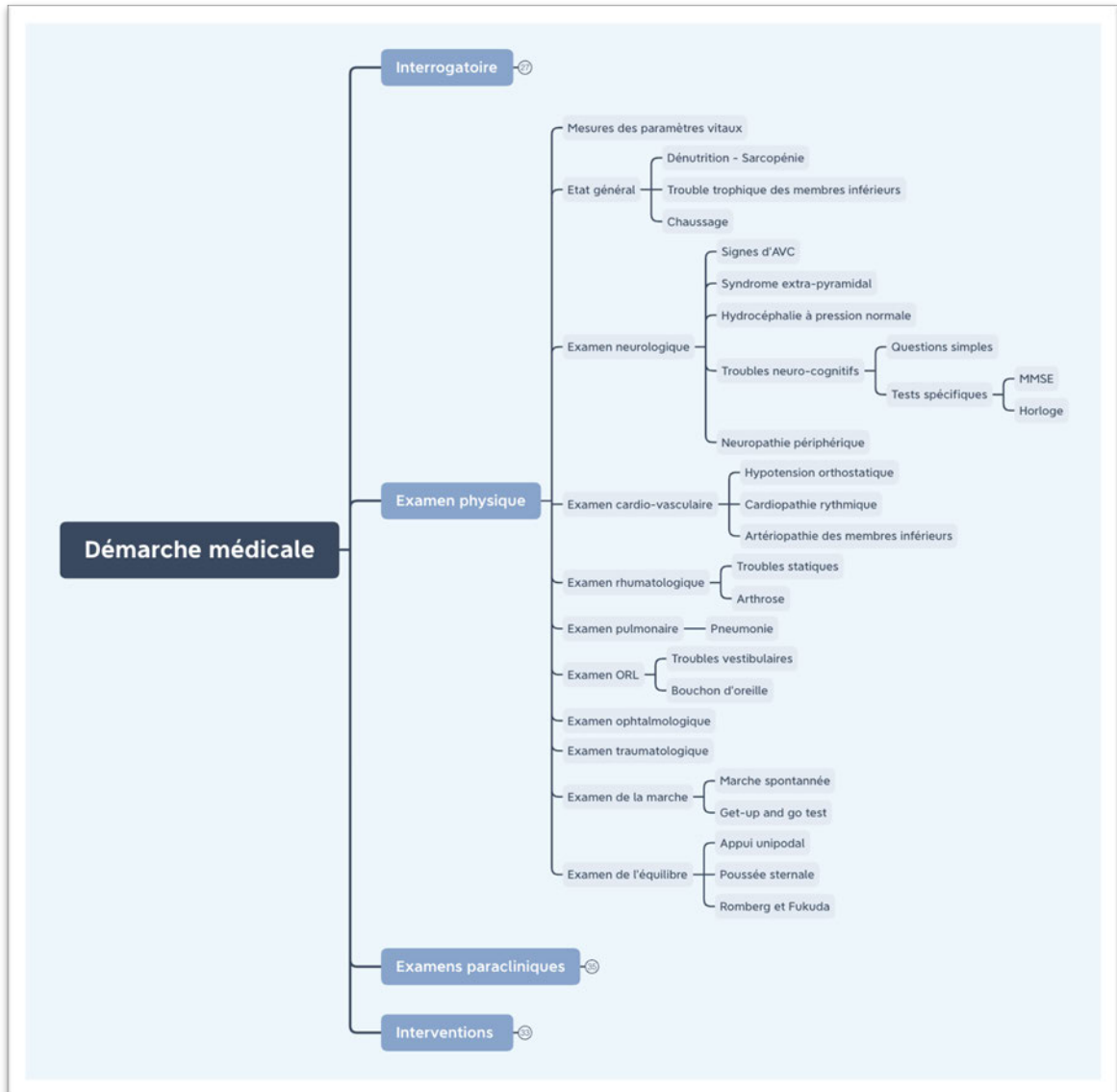


Figure 15 : Résumé thématique de la démarche d'examen physique

c. Les explorations paracliniques

L'examen clinique réalisé, la quasi-totalité des médecins s'accordent à dire que la démarche doit être poursuivie par la réalisation d'examens paracliniques.

Certains considèrent qu'**aucun examen** paraclinique n'est systématique, et ceux-ci doivent-être adaptés à chaque situation.

M6 : « Ça dépend, si j'ai un truc à l'examen clinique. Mais si j'ai pas de cause à mon examen clinique, pas d'emblée. Ça dépend aussi si j'ai une prise de sang récente. Si j'ai une TSH récente. Voilà c'est toujours pareil, je regarde mon dossier, quels examens il a eu récemment. Mais d'instinct non. Pour une chute je n'ai pas d'examen comme ça. »

M7 : « Tout n'est pas automatique, l'ECG, le scan, les radios, la consult' cardio : ça dépend plutôt du profil de mon patient. Je fonctionne plus comme ça. Mon examen systématique c'est plus l'examen clinique en fait. Et puis ensuite en fonction des facteurs soit défailants soit des anomalies à l'examen, je vais plutôt orienter vers un examen particulier. »

Mais pour la plupart, l'**exploration du bilan biologique** est un examen de première intention, voire systématique.

M1 : « Puis allez une prise de sang, un bilan quoi, au moins ça. »

M2 : « Et puis en fonction de tous ces éléments, j'orienterais ma conduite à tenir, d'abord par un bilan sanguin si ça n'a pas été fait depuis longtemps. »

M3 : « Des fois si ça fait un petit moment que je les ai pas vu, je leur refais faire une prise de sang quand même. En général je leur demande une prise de sang un peu complète. »

M4 : « La biologie a bien sûr une place évidente. D'autant plus que maintenant les personnes âgées sont souvent sous antidépresseurs et autres qui peuvent causer moult effets secondaires hyponatrémie et autres. »

M6 : « Ça fait partie des premières choses que je ferais, si j'ai pas de prise de sang récente, depuis 1 an - 1 an et demi, là oui je le ferais. C'est mon premier examen. »

Ce bilan biologique est généralement « global », mais son contenu varie d'un praticien à l'autre.

M1 : « Ben déjà l'urgence un peu c'est chercher une anémie, une déshydratation, une dénutrition, une carence en fer, des choses comme ça quoi. Vraiment le truc de base. Une glycémie à jeun à la limite. Des fois le diabète, c'est un peu... Pas forcément le bilan lipidique. Peut-être une TSH. Ouais je la mettrais par routine. »

M2 : « NFS, fonction rénale, albuminémie, un patient que je connaissais pas : une glycémie, un bilan thyroïdien, un bilan hépatique, une ferritinémie. La base ce serait ça. »

M3 : « En général s'ils en ont pas eu dans l'année, je fais complet : NFS, ferritine, le foie, le rein, le cholestérol, le sucre, le calcium-le phosphore, la vitamine D et l'albuminémie. Et la thyroïde aussi des fois. Chez les papis-mamis ça m'arrive de faire une thyroïde aussi des fois. Ça me permet déjà d'avoir une vue d'ensemble. »

M4 : « Oui il y aura une prise de sang de toute façon car l'hyponatrémie je ne peux pas la déceler comme ça... On va regarder aussi l'anémie, un syndrome inflammatoire [...] Sauf si j'en ai une qui date de la semaine précédente bon... Même des fois je la refais et on est étonné, parce qu'une natrémie ça bouge très vite. »

M6 : « Une biologie standard, je mets quand même facilement une thyroïde, la glycémie, NFS plaquettes, Iono créat, CRP, bilan hépatique... »

Il est également proposé d'ajouter de manière systématique une **analyse des urines**.

M3 : « De principe on peut faire en systématique une analyse d'urine et une prise de sang... »

Parmi les examens qui semblent judicieux, un médecin propose d'adjoindre des **explorations cardiaques** à visée vasculaire et rythmique ainsi qu'une **imagerie cérébrale**.

M4 : « Et puis regarder les écho-dopplers des vaisseaux du cou, les holters, les trucs... » ; « [...] un scanner cérébral qui peut être pour l'étiologie et pour les conséquences. Les patients qui sont sous AVK, sous NACO, ils tombent sur la tête ils ont un bel hématome, souvent on va les surveiller les jours qui viennent, on les appelle pendant 2-3 jours et puis on va les scanner. »

D'autres examens sont jugés pertinents lorsqu'ils sont orientés par la clinique, comment par exemple les **marqueurs biologiques d'inflammation**,

M1 : « Par exemple s'il a mal partout aux os. Ben je lui ferais une électrophorèse des protéines. Ou s'il a des douleurs un peu partout, ouais je chercherais un peu plus dans le bilan inflammatoire. T'orientes ensuite en fonction de ton examen clinique. »

Ou les **radiographies osseuses**.

M4 : « Pour les conséquences ben je verrai s'il faut faire une radio, un scanner ou autre chose parce qu'il y a quand même des fractures qu'on voit mal sur les radios. »

M7 : « Je vais lui proposer des radios si elle a besoin [...] »

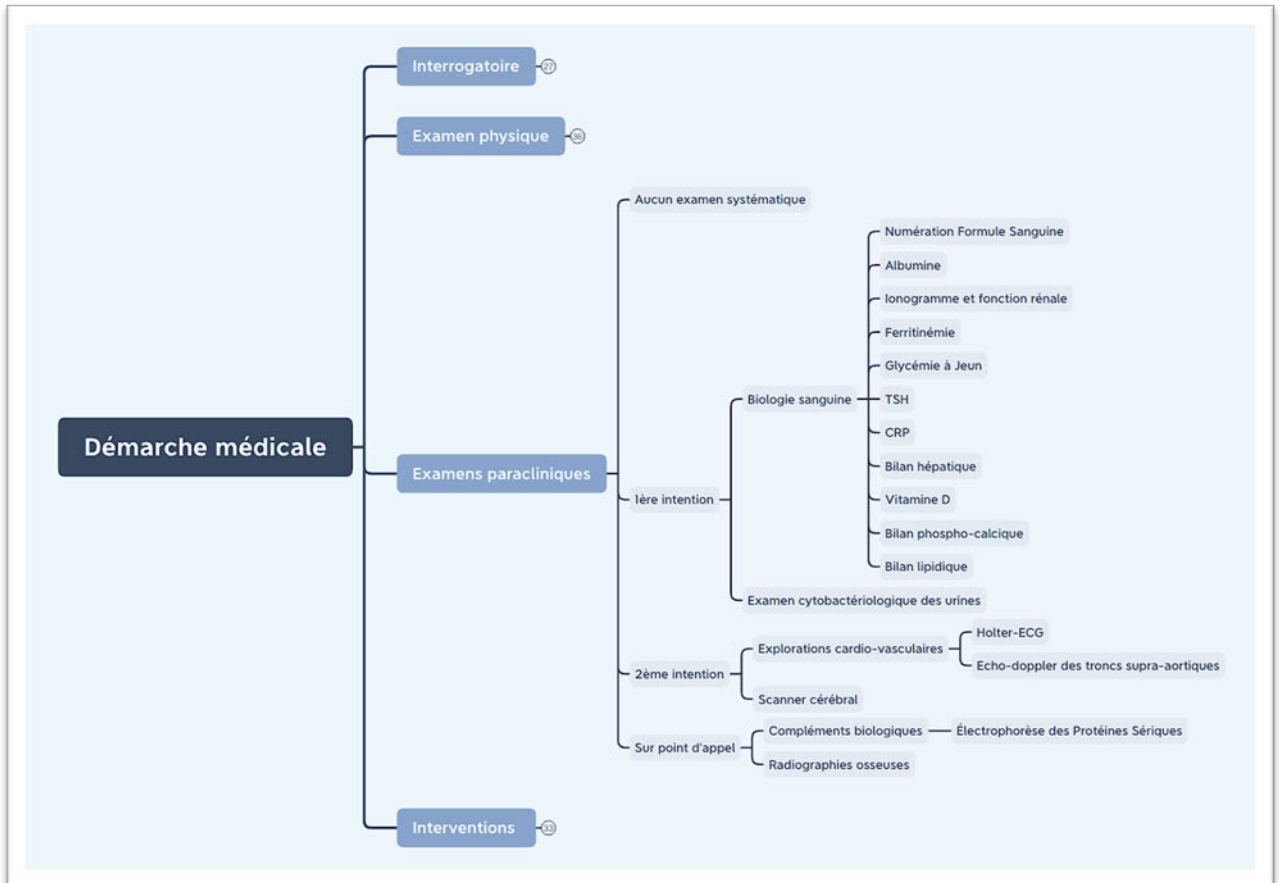


Figure 16 : Résumé thématique de la démarche paraclinique

d. Les interventions médicales

Lorsque des pistes diagnostiques ont été mises en évidence par la clinique et les examens paracliniques, les médecins interrogés affirment intervenir dans 3 domaines principaux : la mobilité, le mode de vie, la santé.

d.1. La mobilité

Le premier axe sur lequel les efforts semblent se concentrer est celui de la **mobilité**.

Ainsi, parmi les mesures les plus citées, on retrouve l'orientation vers le **kinésithérapeute**. Les objectifs évoqués sont principalement le renforcement de la musculature, le travail de l'équilibre et l'apprentissage à se relever du sol.

M2 : « Effectivement on est content quand on voit une personne âgée qui va reprendre un peu de poids, de la force musculaire grâce au kiné, qu'il se remet à marcher... »

M3 : « Il y en a quelques un que j'ai envoyé, ils disent « finalement j'ai bien récupéré, je m'en étais pas rendu compte que finalement j'avais perdu, et là je monte mieux les escaliers, je me baisse mieux sur mes jambes, et puis le kiné il m'a mis par terre, il m'a montré si jamais je tombe comment je peux, si j'ai rien de cassé, comment je peux mieux me relever. Parce que ça aussi ils le leur montrent finalement. Ils leur apprennent, ça évite qu'ils restent des heures couchés... Voilà, donc le kiné ça nous apporte, en tout cas ça leur apporte. »

M4 : « Puis y a la kiné, est-ce qu'ils l'ont ? Comment ça se passe ? Qu'est-ce qu'ils font avec lui ? »

M5 : « Souvent je marque de la kiné pour faire du renforcement musculaire [...] » ; « [...] je prescris de la kiné quand ils veulent, pour remuscler et les troubles de l'équilibre. »

M6 : « [...] je mets de la kiné facilement « maintien de l'autonomie à la marche » des choses comme ça. »

M7 : « [...] on propose beaucoup de rééducation parce que l'idée c'est d'éviter qu'il y ait de nouvelles chutes [...] » ; « Et puis les kinés... moi j'ai 3 types : y en a pour qui je vais faire faire de la balnéothérapie pour travailler des problèmes de dos sans souffrir ou quand il y a besoin d'un côté un peu drainant, la kiné rééducatrice standard et la kiné vestibulaire pour ceux que je suis plus sur le côté neuro ou ORL. »

En complément du travail de rééducation, des médecins encouragent la **promotion de l'activité physique** en autonomie ou en groupe.

M2 : « On a mis en place bouger sur ordonnance ici aussi, qu'on met en place pour les personnes de plus de 65 ans, pour les polyopathologies, et chez qui renforcer l'activité physique peut avoir des effets bénéfiques, dont la prévention de la chute. C'est une association qui s'appelle « bouger sur ordonnance », ce sont des éducateurs sportifs, ces séances sont pris en charge par l'association, une vingtaine de séances, et puis après les gens peuvent continuer à participer en général, on a de bons retours. On fait bouger des gens qui ne bougent pas. » ; « J'ai fait acheter à 2-3 patients, des tapis de marche à décathlon qui coutent 300 euros, c'est pas très cher, ils sont très simples, et ça a permis une bonne amélioration de leur mobilité. »

M5 : « [...] et je lui dis de marcher plus. »

Afin de favoriser la marche en sécurité, certains évoquent la **prescription d'une aide technique** à la marche pour les patients qui le nécessitent.

M5 : « Quelques fois... enfin c'est pas une intervention mais je prescris un déambulateur pour ceux qui en ont besoin [...] »

M7 : « des déambulateurs, des cannes [...] »

Tandis qu'un autre affirme l'importance de la **prescription d'un chaussage adapté**.

M6 : « [...] je mets des chaussons « chutes » (rires) ça j'ai la prescription facile ! Ah non, quand je les vois avec leurs claquettes trouées là... y a le talon qui est sur le carrelage et la claquette elle est à côté, et après : « Je tombe docteur. », ah ben oui ! On va déjà mettre des chaussures qui tiennent aux pieds ! »

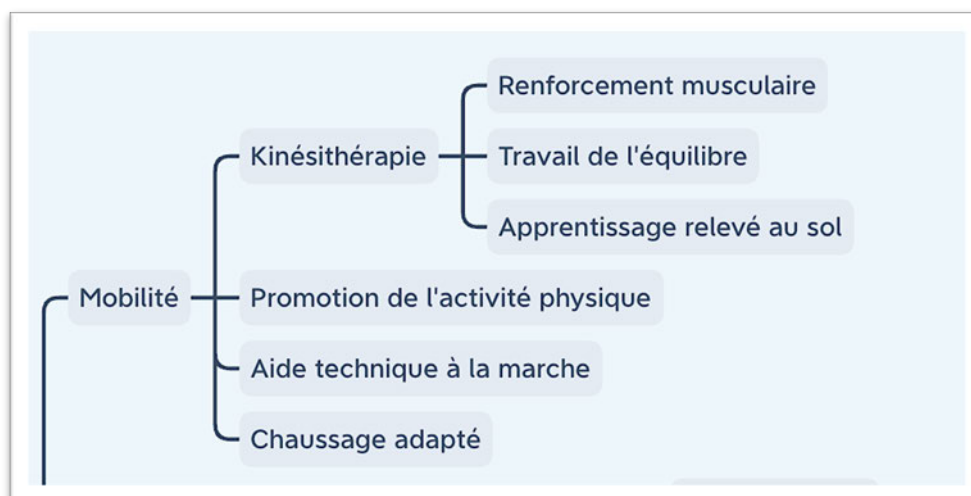


Figure 17 : Résumé thématique des interventions liées à la mobilité

d.2. Le mode de vie

Le deuxième axe sur lequel les praticiens interrogés ont affirmé intervenir est le **mode de vie** du patient.

La plupart des médecins évoquent le fait d'encourager leur patient à **sécuriser leur domicile**. A ces fins, ils ont évoqué intervenir à plusieurs niveaux.

Certains encouragent au **réagencement** des pièces :

M1 : « Remodeler un peu le domicile. Je sais pas, faire quelques travaux. »

M2 : « J'essayerais de mettre en place à domicile les éléments préventifs, d'abord en visitant le domicile et en regardant s'il y a des risques liés à l'habitat : des tapis, des fils qui traînent où des parties glissantes, voir la salle de bain bien entendu, c'est primordial. »

M3 : « Adapter un peu le domicile, voir comment c'est. C'est vrai que des fois y'a des maisons qui sont pas faciles... »

M6 : « Ben si c'est une personne qui chute alors qu'il y a 3 tapis les uns sur les autres, y en partout dans l'appartement... Bon ben c'est sûr qu'on va déjà régler l'environnement. »

D'autres promeuvent la mise en place de **matériel technique** visant à sécuriser le domicile, comme des barres de soutien ou un système d'alerte en cas de chute :

M1 : « [...] mettre en place une téléalarme [...] »

M3 : « On leur propose avec présence verte de leur mettre une téléalarme pour quand ils tombent, qu'il y a un soucis, qu'ils puissent appeler. »

M7 : « On a aussi tout un tas de matériel et d'équipement qu'on essaye d'adapter : dans les douches, dans les salles de bain, des barres pour se soutenir et tout ça. »

Toujours dans cette optique de sécurisation de la personne âgée dans son domicile, plusieurs évoquent le bénéfice à mettre en place des **aides sociales** pour notamment augmenter la **présence humaine** à la maison.

M1 : « S'il est entouré et qu'il y a de la famille et tout, tu peux leur dire de contacter l'assistante sociale [...] »

M3 : « [...] quitte à mettre des aides en place [...] »

M4 : « Les aides à domiciles parce que le problème des sujets chuteurs qui sont seuls chez eux c'est de les trouver 5h après la chute quoi... Voir comment on fait avec la famille, les différents intervenants : les aides ménagères. »

M7 : « Mais pour les personnes plus âgées plus dépendants, on a des infirmières à domicile et certains ont des auxiliaires de vie. »

Dans le cas où la sécurité du patient chez lui ne serait plus assurée, certains médecins ont souligné la nécessité de l'**institutionnalisation**.

M3 : « [...] si on se rend compte qu'en fait c'est plus grave que ce que je pensais moi en consultation et que voilà, des fois effectivement, on a une maison de retraite et ils peuvent aller en maison de retraite quoi. »

M4 : « A un moment c'est plus possible quand la personne elle chute 3 fois par jour, et qu'il y a pas d'étiologie particulière, qu'elle chute parce qu'elle se dégrade ben... Souvent la chute avec les troubles cognitifs c'est la mise en institution, on quitte le domicile.

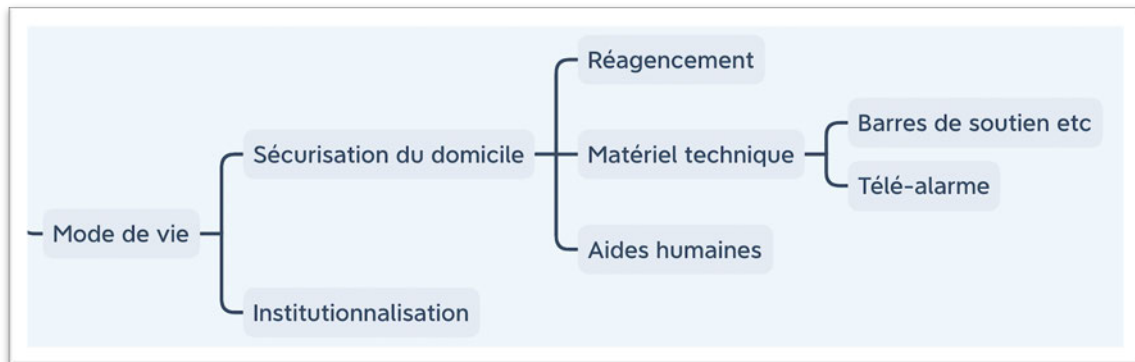


Figure 18 : Résumé thématique des interventions sur le mode de vie

d.3. La santé

Le dernier axe mis en valeur par l'analyse du discours des interrogés porte sur le cœur de métier du médecin généraliste : la santé du patient.

Le premier niveau d'intervention concerne le champ de la **prévention**.

Un médecin a ainsi affirmé pratiquer une **éducation préventive** sur certaines situations à risques de chute.

M5 : « J'essaye de lui donner des indications pour ne pas trop chuter. » ; « C'est sûr que tous les gens qui ont des chaises à roulettes comme moi... j'ai déjà été sujette aux chutes avec ça. Souvent ça part avant que vous soyez assis dessus donc on tombe par terre (rires). Donc je leur fais les mêmes préventions qu'à moi. »

Le second niveau concerne celui de la **thérapeutique**.

La majorité des praticiens a affirmé que la chute du sujet âgé était l'occasion d'une **révision de l'ordonnance** en raison d'une potentielle iatrogénie.

M2 : « [...] une réévaluation médicamenteuse si j'estime qu'il puisse y avoir une cause médicamenteuse [...] »

M4 : « Déjà la modification de traitement, éventuellement, qui intervient en premier lieu. »

M5 : « C'est des consultations qui permettent parfois de remettre en cause les traitements, par exemple les anticoagulants, de revoir un peu le problème. Est-ce que c'est justifié ? »

Plusieurs ont également mentionné intervenir par la **correction de carences**, qu'elle soit calorique, hydrique ou encore vitaminique.

M1 : « La dénutrition... si c'est des trucs basiques, on gère tout seul. S'il faut un peu hydrater, faire passer l'infirmière régulièrement. »

M2 : « En fonction du bilan, s'il y a une dénutrition : favoriser les apports nutritionnels suffisants... »

M3 : « Les miens ils ont beaucoup de vitamines D, C'est vrai que la formation en gériatrie ça m'avait appris ça. Parce que y a des trucs c'était trop compliqué pour moi, j'ai pas forcément tout retenu, mais au moins je les mets tous sous vitamine D (rires). »

Enfin, le troisième et dernier niveau d'intervention visant à la correction d'états pathologiques dévoilés par la chute, est celui de l'**expertise médicale**.

Plusieurs médecins affirment avoir recours dans le cadre des chutes à des **évaluations spécialisées** auprès de 4 disciplines principales :

- La cardiologie :

M3 : « S'ils me disent qu'ils ont eu un malaise, ou si... je dis bon ça fait un moment que vous avez pas vu le cardio, ça peut être aussi l'occasion d'aller faire le point avec le cardio. »

M4 : « Dans ces chutes-là, les troubles du rythmes vont nous importer. Donc les cardiologues interviennent quand même pas mal chez les sujets âgés. »

M5 : « « Ou si j'ai un soupçon de syncope de stokes-Adams, je demande un examen cardiaque. »

- La neurologie :

M3 : « Des fois un peu le neurologue aussi, ça peut être intéressant, même si des fois j'ai pas forcément de point d'appel, je peux leur proposer de voir le neurologue... »

M4 : « Mais souvent le spécialiste ça va être le neurologue, le cardiologue, le gériatre. [...] Souvent c'est d'eux qu'on a besoin et rapidement. »

- La rhumatologie :

M3 : « Et le rhumato [...] »

M7 : « On travaille beaucoup avec les rhumato mais c'est plus pour le côté dégénératif et mécanique. »

- L'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) :

M5 : « Sauf s'il y a des vertiges vrais dans ce cas je demanderais un avis ORL. »

De nombreux praticiens soulignent l'apport d'une **évaluation globale pluri-disciplinaire** en Hôpital De Jour (HDJ) ou hospitalisation complète.

M3 : « Alors nous ici, à Saint-Pons on a un service de SSR où ils font aussi pas mal de gériatrie et le chef qui y travaille, il travaille à Lamalou, donc c'est un médecin rééducateur. Donc des fois ça m'arrive aussi si j'ai des gens qui tombent, qui perdent un peu la tête, ou je vois que c'est un peu global, je rempli un petit dossier et je leur demande s'ils peuvent les prendre parce que du coup c'est pareil ils ont le côté psychologue, ergothérapeute, kiné, et les bilans un peu plus complets pour voir s'il y a une démence associée, et ils ont la rééducation. » ; « Et puis au pire, si je vois qu'après il y a quand même une altération de l'état général un peu plus importante, parfois ça m'arrive de les envoyer sur Béziers en gériatrie. Il y a des consult' gériatriques sur Béziers. »

M4 : « Des fois quand c'est répété moi j'hésite pas à les envoyer à Balmes. Ils font des demi-journées qui sont tops. Ils les reçoivent assez rapidement. Le patient voit tout le monde : le neuro, le kiné, la psycho, la gériatre. »

M6 : « J'aime bien les hospit' de jour, ici on a accès facilement. Mais souvent c'est parce qu'il y a plusieurs problème imbriqués donc ça permet de faire le point. »

M7 : « Même si c'est parfois pour les patients comme ça, plus âgés ou en tout cas poly-pathologiques, on utilise pas mal quand même les centre de gériatrie, voilà, des hôpitaux avec des hospitalisation de jour et tout ça parce qu'en général ils ont quand même aussi ce point de vue très très global en fait avec le côté ergo, le côté neuropsych, le côté gériatrie [...] »

Un dernier témoin qu'outre l'évaluation globale, l'**hospitalisation** peut s'avérer nécessaire pour sécuriser un patient qui se mettrait en danger à domicile.

M3 : « Si c'est quelqu'un qui a plutôt tendance à habiter tout seul, qui peut plus... Ca sera plutôt l'hospitalisation nécessaire pour aussi éviter la mise en danger. C'est important aussi de leur dire « il y a un danger pour vous donc on va l'éviter ». »

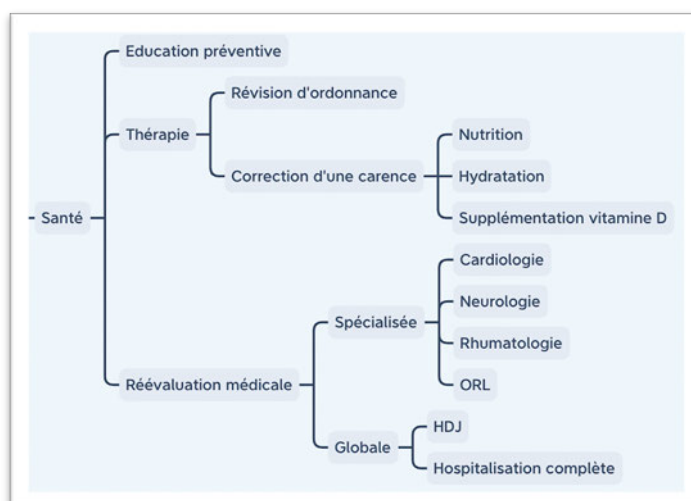


Figure 19 : Résumé thématique des interventions sur la santé

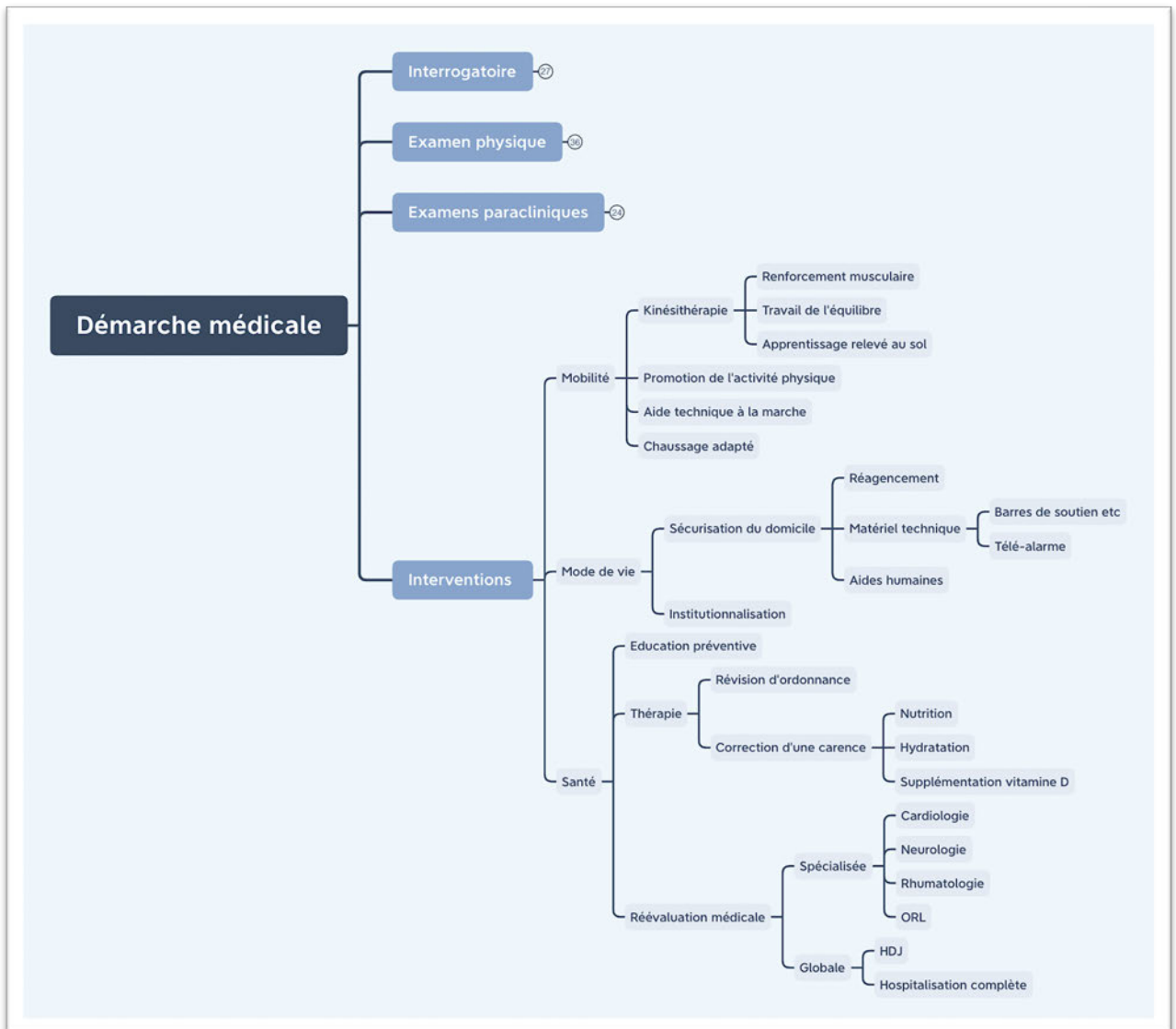


Figure 20 : Résumé thématique des interventions

3.4. Le ressenti du médecin dans la prise en charge du patient chuteur

Une fois les comportements et habitudes des médecins identifiés dans le cadre de la prise en charge des chutes du sujet âgé, notre travail de thèse a voulu explorer les ressentis qu'ils pouvaient manifester dans ce genre de consultation afin de mieux cerner leurs aisances et difficultés. (Annexe 4)

a. Les facteurs facilitants

Les attitudes et éléments qui sont perçus comme facilitant la démarche médicale peuvent être catégorisés en 3 grands ensembles.

a.1. Les facteurs liés au patient

De nombreux médecins retiennent comme facteur favorisant la présence d'un **entourage aidant**. Cette présence est appréciée pour 3 raisons principales :

- **L'obtention des informations médicales**, qu'elles concernent les circonstances de la chute, l'état cognitif ou encore l'état thymique du patient concerné :

M3 : « Même quand ils perdent un peu la tête, qu'ils sont désorientés, qu'ils oublient, c'est la famille qui dit « mais là il est pas comme avant ». Donc c'est souvent bien d'avoir, la famille. » ; « Et puis des fois il y a la famille qui dit « ah mais ouais en fait il se plaint qu'il a mal là, il lève moins les pieds, ou en fait il est un peu dépressif, il a pas trop le moral, il reste beaucoup assis, il a pas envie de faire les choses... »

M4 : « Souvent il y a l'entourage qui est là. Donc on essaye de préciser les choses avec l'entourage. »

- **L'aide à la prise en charge**, comme par exemple la réalisation des démarches sociales ou des examens complémentaires :

M1 : « S'il est entouré et qu'il y a de la famille et tout, tu peux leur dire de contacter l'assistante sociale, mettre en place une téléalarme. Enfin des trucs un peu social. »

M3 : « C'est pour ça quand il y a la famille je peux un peu plus faire mes explorations à droite à gauche voilà. »

M7 : « A Antonin Balmes y'a un peu d'attente aussi... Donc ça filtre tout de suite les patients, voilà, d'un milieu moins instruit, où les enfants sont pas forcément au courant, très motivés, bah tout de suite ils vont passer à travers ce genre de truc, alors que des patients qui ont des enfants qui cherchent, qui aident, qui sont présents, voilà on va mettre en place ça [...] »

- Enfin, la possibilité d'un **soutien moral** bénéfique pour les patients.

M3 : « Parce que des fois ils ont pas forcément envie d'aller à l'hôpital. Donc là on leur dit c'est vraiment juste pour faire le point, s'ils ont de la famille il savent que la famille va y aller ils se sentiront pas isolés et en général ça se passe bien [...] »

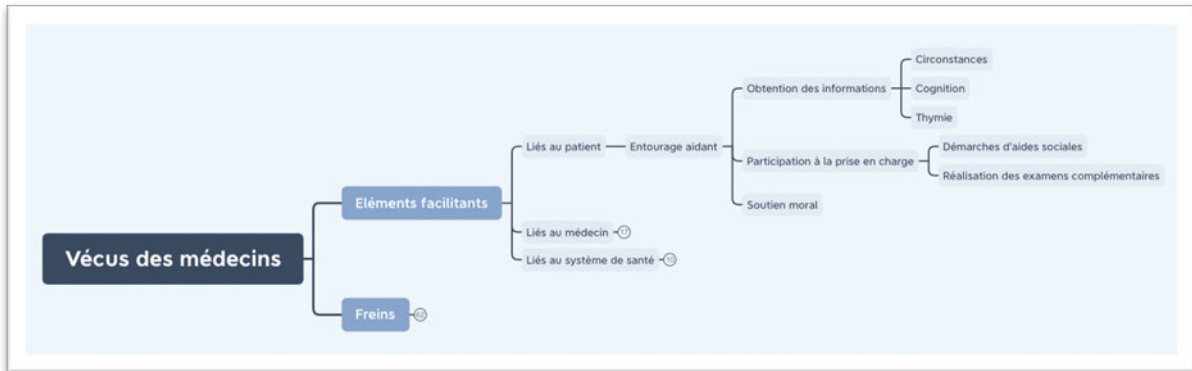


Figure 21 : Résumé thématique des éléments facilitateurs liés au patient

a.2. Les facteurs liés au médecin

En second lieu, nos entretiens ont révélé de nombreux facteurs facilitateurs **liés à la pratique médicale**.

D'abord, les médecins abordent ce qui tiendrait de l'« **art médical** », qui supposerait plusieurs qualités universelles à posséder.

La première qualité serait de savoir **composer avec ses connaissances théoriques**.

Ainsi un praticien avoue que le fait de **connaître la théorie** encadrant la chute du sujet âgé facilite sa démarche et le sécurise.

M6 : « Je me sens pas démuni, c'est pas quelque chose qui me fait peur, auquel j'ai pas de réponse. Parce que dans ma tête, j'ai quand même des choses à vérifier avant de dire je sais pas ce qu'il se passe, et c'est rare une fois que t'as fait le tour, de pas trouver. »

Un autre affirme également qu'il est important de **connaître les limites de ses connaissances** afin de savoir quand demander de l'aide à ses confrères.

M3 : « Quand on est en médecine générale il y a des spécialités qu'on maîtrise plus que d'autres, si c'est l'arthrose ok on donne un traitement on fait du kiné, on va pas forcément rentrer dans des grands trucs quoi, mais si on se dit merde c'est peut-être neuro, qu'il perd la tête, peut être que ci peut être que ça, moi je me dis que je suis pas capable donc faut passer la main. Il a des spécialités où je me sens capable ou même je prends le téléphone je discute avec le spécialiste il me dit « t'as raison, on fait ça et ça, c'est bon » mais des fois il y a des spécialités où moi j'ai un peu oublié, je me dis je passe la main, il va chez le spécialiste direct. Il y a ça aussi, le fait de se sentir soi capable. » ; « Moi des fois quand je trouve que c'est trop compliqué, ou même que j'ai pas d'idée, que je comprends pas pourquoi mais que je me doute qu'il y a quand même quelque chose à faire, ben du coup je passe la main aussi. »

La seconde qualité serait de **savoir orienter sa démarche**.

Pour l'un d'entre eux, orienter sa démarche semble passer par un **examen clinique bien mené**.

M3 : « L'examen c'est quand même important. Ça nous donne quand même des orientations. »

Plusieurs affirment également que leur **expérience pratique** au fil des ans leur permet souvent de cerner plus rapidement le problème posé.

M4 : « On a l'habitude quand même parce que c'est un motif de consultation qui est quand même récurrent. Une fois qu'on a un peu l'habitude... Moi j'arrive pas à réfléchir en arbre comme ça, mais quand on y est, les choses viennent et on les élimine une par une. Suivant l'interrogatoire ça va se dessiner, on va comprendre pourquoi, si vraiment on comprend pas on va tout faire mais sinon rapidement ça va s'aiguiller quoi. »

M6 : « On a quand on est étudiant, et je suis encore fraîchement... tout un système... et puis après tu t'aperçois que ton examen clinique tu l'orientes vachement. C'est entre le feeling et tes souvenirs. »

Outre ces qualités qui pourraient être partagées par tout médecin, les praticiens interrogés soulignent **la place de médecin traitant** comme un élément favorisant.

En premier lieu, l'un d'entre eux évoque que le suivi de ses patients permet de **reconnaître un changement dans leur état de base**.

M4 : « Moi les patients âgés je les connais. [...] on sait s'ils vont bien ou pas bien parce qu'on les connaît donc... »

Ensuite, la possibilité pour le médecin traitant de **se déplacer à domicile** semble être bénéfique pour la prise en charge, notamment l'obtention des informations ou la mise en place de stratégie de sécurisation de l'environnement.

M4 : « C'est plus facile quand on est à domicile ou en EHPAD pour regarder une chute parce qu'on a tout de suite tous les éléments, on est à l'endroit où il a chuté quoi. »

M7 : « Dès que les patients sont un petit peu plus dépendants et qu'on va les voir à la maison, on est plus sensibilisés à dégager les passages pour que la circulation puisse se faire au mieux et puis optimiser le matériel [...] » ; « [...] à la maison sur le plan logistique c'est moins pratique mais sur la connaissance du patient sur son environnement c'est vrai que c'est mieux quoi. »

De même, le suivi dans le temps avec la possibilité de **reconvoquer le patient** semble être un élément facilitant pour deux raisons principales :

- **Hiérarchiser sa démarche** avec l'organisation de consultations spécifiques.

M6 : « Alors moi j'ai quand même la facilité à demander aux gens de revenir. Je suis installé depuis moins d'1 an, j'ai de la place et puis je déteste faire les choses vite donc c'est comme les troubles cognitifs si tu t'en rends compte à la fin de la consult' « vous venez dans 8 jours et on en parle » et je me note qu'il doit venir dans 8 jours pour ça et souvent je les fais revenir quand je veux explorer un truc. »

- **Se donner le temps de la réflexion** entre les consultations.

M6 : « Mais si j'ai pas le temps de le faire je les fais revenir. Et puis souvent ça me permet... je me fais des post-it, tiens ça fait 2-3 vertiges que je vois, je vais me replonger un peu dans les cours, j'ai mon Mikbook. »

La prise en charge serait d'autant plus concluante que le médecin traitant sait **s'entourer d'un réseau** de professionnels impliqués.

M1 : « On a un petit réseau avec la pharmacie et l'infirmière ici. On a créé une petite équipe de soins pluridisciplinaires, enfin de soins primaires pardon. Du coup on se débrouille quoi. »

M4 : « Si on a pas un intervenant qu'on connaît c'est impossible, donc il faut avoir son réseau. C'est vraiment le réseau perso qui va marcher. Je connais tel, tel, tel cardio, je vais l'appeler. »

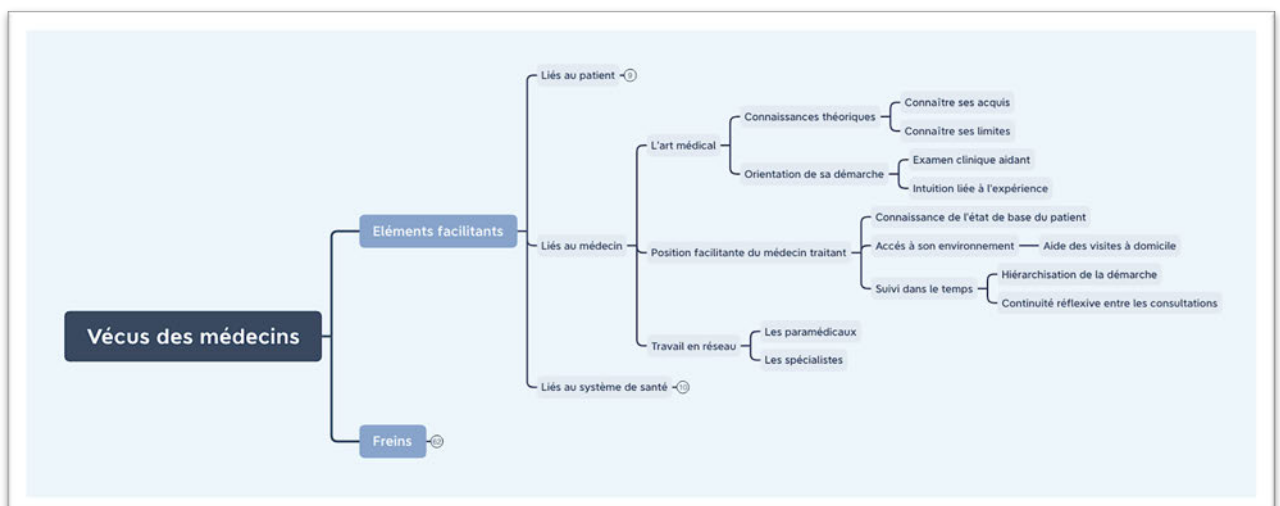


Figure 22 : Résumé thématique des éléments facilitants liés au médecin

a.3. Les facteurs liés au système de santé

Mais le soin ne se résume pas qu'à un colloque singulier, et les médecins interrogés évoquent l'influence positive du système de santé sur la prise en charge.

En premier lieu, nombre d'entre-deux évoque le bénéfice de pouvoir s'entourer d'une **équipe de soins primaires**.

Ceci est possible par la présence d'**intervenants paramédicaux** comme les infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes ou aides de vie.

M2 : « Ici tout le monde se connaît. On a un SSIAD, un service d'aide à la personne, beaucoup d'infirmières... »

M3 : « En plus ici on a de la chance, y en a 2 dans le village, y en a 2 à Mons, et y en a 2... On en a 6 ! Donc on a pas mal de kiné, et... J'ai jamais été voir leur cabinet mais ils sont quand même assez bien appareillés, ils ont des barres parallèles, des appareils pour les faire travailler, les remuscler, travailler l'équilibre et tout. »

M6 : « On a des kinés quand même partout. Des kinés qui vont beaucoup à domicile donc souvent le patient il a déjà un kiné à domicile. »

M7 : « Il y a un kiné vestibulaire qui travaille plus particulièrement les troubles de l'équilibre. »

Ces intervenants semblent être un outil précieux par la **proximité** qu'ils entretiennent avec le médecin et le patient.

M6 : « Voilà, c'est-à-dire que si par exemple il y a des infirmiers à la maison et que je reçois au cabinet, il y en a pour qui je n'ai jamais vu leur environnement ben ça m'arrive, ici on a le contact facile, j'appelle l'infirmier pour savoir [...] »

Ainsi, la présence de tels intervenants permettrait une **concertation pluri-professionnelle bénéfique**.

M6 : « Donc j'ai l'infirmier et le kiné déjà en relais. C'est les 2 premiers à qui je vais poser les questions pour savoir pourquoi, s'ils sont en place. »

En second lieu, les praticiens affirment pouvoir compter en cas de besoin sur les **centres de soins** déployés sur les territoires.

Ainsi, plusieurs ont affirmé avoir recours aux **centres hospitaliers**, que ce soit en hôpital de jour pour des **consultations chutes** ou en **hospitalisation complète** lorsque des bilans plus approfondis sont nécessaires.

M3 : « Des fois on a un foyer pulmonaire donc ça va mais des fois on a pas de point d'appel donc si on veut aller un peu plus loin... C'est là parfois que je les fais hospitaliser parce que je leur dis que ça va être trop compliqué de faire des allers-retours. »

M4 : « Après nous on a la chance d'avoir les consultations chutes. Des fois quand c'est répété moi j'hésite pas à les envoyer à Balmes. Ils font des demi-journées qui sont top. Ils les reçoivent assez rapidement. Le patient voit tout le monde : le neuro, le kiné, la psycho, la gériatre. » ; « Le gériatre il voit aussi le traitement, ça nous conforte aussi dans les modifications. C'est toujours important d'avoir l'avis du confrère spécialiste qui a l'habitude des chutes.»

Un médecin évoque également l'intérêt des **services de soins de suite et réadaptation (SSR)** lorsqu'une rééducation est nécessaire.

M3 : « Alors nous ici, à Saint-Pons on a un service de SSR où ils font aussi pas mal de gériatrie et le chef qui y travaille, il travaille à Lamalou, donc c'est un médecin rééducateur. »

Enfin, lorsque les bilans ont été réalisés et que le maintien à domicile est compromis, certains affirment pouvoir compter sur **les EHPAD** pour sécuriser leur patient chuteur.

M1 : « T'as Montfrin, juste à côté-là, la maison de retraite. T'en as une à Redessan. »

M3 : « Si on se rend compte qu'en fait c'est plus grave que ce que je pensais moi en consultation et que voilà, des fois effectivement, on a une maison de retraite et ils peuvent aller en maison de retraite quoi. »

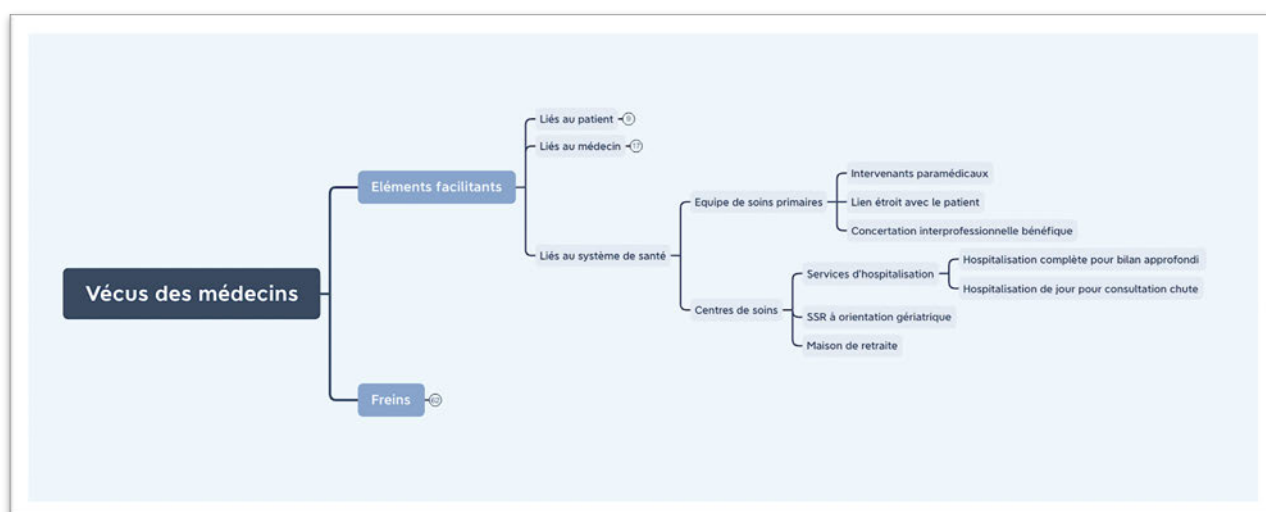


Figure 23 : Résumé thématique des éléments facilitants liés au système de santé

b. Les freins perçus

Néanmoins si les interrogés se sentent aidés par certains aspects dans leur pratique, ils énoncent également leurs difficultés à plusieurs niveaux dans la prise en charge du patient chuteur.

b.1. Les freins liés au patient

Dans un premier temps, plusieurs praticiens évoquent comme difficulté le **recours retardé au médecin généraliste** dans le cadre des chutes.

M3 : « [...] Des fois ils sont coquins, ils peuvent tomber et pas forcément venir de suite [...] »

M6 : « Tiens j'en ai eu un ce matin, il est tombé. C'est un malaise, a priori. Déjà c'était y'à 3 semaines, il vient me voir 3 semaines plus tard. »

Dans un second temps, lorsque le patient a décidé de consulter, certains affirment se heurter à la **délivrance partielle des informations**.

Tout d'abord, il semblerait que **l'évocation de la chute ne soit pas spontanée** dans les consultations de médecine générale, ni certains facteurs de risque évidents.

M3 : « Dans les consultations un peu stéréotypées où ils viennent renouveler leur traitement il y a des choses que je fais pas systématiquement, donc moi je m'en rends pas compte et puis c'est un peu... c'est vrai que c'est stéréotypé quoi ils viennent ils s'assoient, on demande, on prend la tension, on écoute, on donne le traitement, on dit « bon vous avez rien à signaler ? » parfois ils disent « bah non » voilà et ils s'en vont. »

M7 : « Des fois ils voient rien, souvent ils voient rien d'ailleurs, et ils le disent pas. »

Lorsqu'elle est évoquée, celle-ci n'est **pas toujours priorisée** par rapport aux autres motifs de consultation.

M6 : « C'est toujours pareil, s'il vient à une consultation que pour ça « docteur ça fait 2 fois que je tombe dans l'année », ça c'est typiquement le RSCA quand t'es interne. Dans la vraie vie c'est pas du tout comme ça que ça se passe. Il va déjà te faire son renouvellement puis il va parler de son examen, du truc... et à la fin il va te dire « je suis tombé 2 fois ». C'est sûr que dans ton quart d'heure tu vas pas pouvoir faire la même chose. »

Si le patient a tardé à consulter, un médecin se confronte parfois à l'**oubli des circonstances exactes** de la chute à distance de celle-ci.

M3 : « Si ce sont des chutes où ils se sont pas fait mal et où j'ai pas été appelée de suite, même eux ils vont pas se souvenir forcément de comment ça s'est passé, donc du coup effectivement c'est un peu plus compliqué, on a l'impression de faire le policier quoi, d'essayer de faire une petite enquête pour savoir. »

Dans les cas où le patient se souvient, l'interrogatoire semble susceptible d'être entravé par des **dissimulations**, avec des vérités parfois occultées volontairement par le chuteur.

M3 : « [...] Des fois on pose les questions mais on a pas forcément les vraies réponses [...] »

Un autre évoque devoir parfois faire face aux **idées préconçues** des personnes sur les causes de leur chute.

M6 : « D'abord m'expliquer pour eux la cause. Parce qu'ils ont toujours une explication, qui va pas forcément être la bonne mais pour eux ils ont une explication. « Docteur c'est parce que machin c'est parce que truc ». Bon très bien. »

Dans un troisième temps, lorsque les informations ont été obtenues et les préconisations médicales données, plusieurs médecins disent rencontrer des **problèmes d'observance**, avec des patients réticents à suivre les conseils médicaux que ce soit sur le plan des traitements médicamenteux, l'utilisation d'aide technique, la rééducation, l'aménagement du domicile ou encore l'acceptation d'une hospitalisation.

M3 : « Parce que des fois ils ont pas forcément envie d'aller à l'hôpital. » ; « Y en après on leur dit « bon, il faudrait vivre tout le temps en bas maintenant, aménager... » Il y en a qui le font, mais il y en a qui veulent pas, ils veulent aller dormir en haut, ils le font pas. » ; « Y en a ils sont coquins, la canne ils la veulent pas. Donc des fois je la retrouve dehors la canne. »

M5 : « En plus il y a une grande partie des gens qui ne veulent pas prendre de déambulateur, alors que dans les pays du Nord on marche avec son déambulateur... Alors qu'ici c'est mal accepté. » ; « M'enfin pour leur enlever le somnifère c'est une autre affaire... »

M7 : « Certains patients veulent pas aller chez le kiné, ou trouvent pas de kiné, ou « le kiné ça sert à rien » »

Mais si ces réticences semblent **choisies**, certains affirment que l'inobservance peut parfois être **subie** par le patient, que ce soit par manque de moyen de locomotion ou encore une fatigabilité excessive au transport les empêchant de réaliser toutes les demandes médicales.

M3 : « [...] mais ça peut être parfois compliqué, parce qu'une prise de sang ça ça va bien mais après s'il faut faire une radio... S'ils ont pas le voisin pour l'amener, on peut pas aller faire une radio des poumons, enfin... »

M4 : « [...] éviter aux gens de faire tous les examens, parce que le but c'est pas de tout faire, de le montrer à tout le monde quoi il faut essayer de cibler les choses. Surtout chez les personnes âgées qui sont pas forcément transportables aussi ou fatigables. »

Enfin, un dernier évoque les difficultés de prise en charge des patients chuteurs victime d'**isolement social**.

M1 : « C'est sûr que s'il est pas entouré c'est compliqué (rire). Même impossible. Enfin, très compliqué. »

Cet isolement social semble encore plus handicapant lorsqu'il coexiste des **troubles cognitifs** complexifiant encore la prise en charge.

M1 : « C'est pas très facile. Ca dépend déjà si la personne est pas démente ou quoi (rire). Si déjà elle est démente, t'arrives à rien avoir sauf si t'as l'entourage avec [...] »

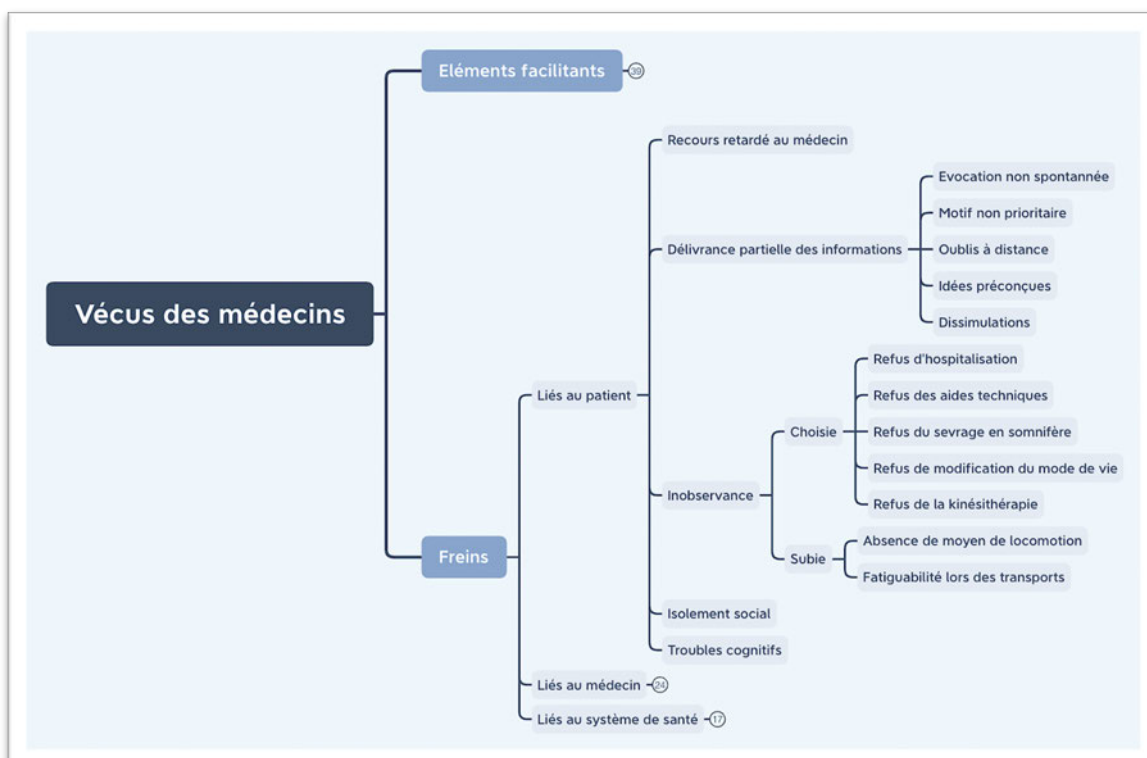


Figure 24 : Résumé thématique des freins liés au patient

b.2. Les freins liés au médecin

Le patient n'est pas seul responsable des difficultés perçues, les praticiens témoignent également de difficultés plus personnelles liées à leur propre exercice de la médecine.

D'abord, plusieurs évoquent une **démarche intellectuelle complexe** lorsqu'il s'agit de chutes à répétitions.

Cette complexité réside pour certains dans la **transversalité** que ce thème implique.

En ce sens, ils affirment que la chute implique l'**exploration de nombreux axes du champ médical**.

M1 : « Non c'est pas facile, faut vraiment faire le point sur tout quoi. C'est vraiment un truc général quoi. »

M3 : « [...] je sais qu'il va falloir explorer un peu tous les axes pour trouver au moins l'origine et d'y palier, donc ça va être une consultation plus complète, où il faut essayer de poser des questions assez larges [...] »

M7 : « Souvent c'est multifactoriel, c'est plein d'éléments qui s'intriquent les uns avec les autres. [...] On va peut-être vérifier un peu plus ce qui va pas, donc c'est souvent des consultations qui sont complexes et longues. »

L'un rajoute que la chute va nécessiter **différents niveaux de prise en charge**,

M2 : « Elles sont complexes parce ce qu'elles font intervenir différents niveaux de prise en charge. »

Un autre affirme que chaque prise en charge reste **singulière**.

M4 : « Il va y avoir des choses particulières à chaque patient et au contexte. »

La complexité de la démarche semble également se nourrir des **remises en questions** qu'imposent certains « échecs » de prise en charge.

M3 : « Les problèmes des chutes aussi ça peut être des choses qui durent suivant l'étiologie, et ça peut nous prendre beaucoup de temps et d'énergie, et quand on croit que le patient il est sauvé il va bien et bien non on repart à 0 ! »

Face à cette démarche intellectuelle complexe, certains médecins avouent souffrir d'un **savoir médical incomplet**.

Ce savoir est d'abord limité pour certains par l'**oubli des connaissances** au cours du temps.

M1 : « Je t'ai parlé des échelles... des tests cliniques... Que j'ai franchement oubliés. »
M3 : « Il a des spécialités où je me sens capable ou même je prends le téléphone je discute avec le spécialiste il me dit « t'as raison, on fait ça et ça, c'est bon » mais des fois il y a des spécialités où moi j'ai un peu oublié, je me dis je passe la main, il va chez le spécialiste direct. »

Malgré ces connaissances oubliées, ils déplorent un **accès limité aux référentiels** soit par **méconnaissance** soit par **oubli**.

M1 : « J'ai rien du tout. Autant t'as Gestaclic[®], Antibioclic[®]... mais pour la chute... »
M5 : « Tiens, je sais pas si dans les livres conduites thérapeutiques y a la chute. »
M3 : « J'oublie souvent d'aller sur la HAS... »
M7 : « J'ai pas un outil qui me dit telle chute telle chute ça va engendrer un nombre plus important de chute ou de décès, donc c'est vraiment au feeling qu'on travaille, et on se dit « oulalala ça va pas bien ». » ; « Moi j'en utilise pas pour ce genre de chose, et j'en connais pas donc voilà. »

Au-delà de la possession ou non des connaissances nécessaires, plusieurs médecins évoquent la **variabilité personnelle et interprofessionnelle** dans la mobilisation et l'utilisation de ces connaissances.

Ainsi certains avouent un **manque de systématisation** de leur prise en charge.

M3 : « Après j'ai pas de grille particulière. »
M6 : « Voilà j'ai rien de systématisé, j'essaye de faire un peu les plans dans ma tête : cardio-neuro-ORL voilà... »

L'inconsistance qui en découle semble de plus majorée par une **lecture clinique variable d'un jour à l'autre**.

M4 : « Des fois on se dit putain pourquoi j'ai pas fait ça. Parce qu'un jour on a une certaine lecture puis le jour d'après on a peut-être une lecture différente. »
M6 : « En fait c'est ça on s'aperçoit dans la pratique de tous les jours, y a ce que tu connais, t'as appris plein de choses, y a ce que t'as appris, t'as ce que t'as fait de ton expérience, mais les journées ne se ressemblent pas toutes, les patients ne sont pas tous les mêmes, les motifs, ta vie personnelle, tout fait que des fois t'es perdu [...] »

Afin d'expliquer cette inconsistance, un interrogé évoque la **sympathie que peut avoir le soignant pour son patient**, comme un des facteurs nuisant à la systématisation des prises en charge.

M6 : « Alors moi je suis jeune, les patients je connais pas leur vie, leur famille, leur métier, donc j'ai pas à m'épancher là-dessus donc globalement je suis encore très médical mais je vois les médecins que j'ai remplacé qui ont 30 ans d'installation, ben en fait ils parlent plus de la belle mère et du chien que du patient. Et au final tu t'aperçois que y a des patients que je récupère comme ça, y a des années de latence sur plein de choses, le médecin n'était plus systématique... »

Cette variabilité individuelle semble avoir un impact non seulement pour le médecin en charge mais également pour le travail entre confrères. C'est ainsi que l'un d'entre eux révèle parfois se heurter à une **variabilité interprofessionnelle** dans le niveau de prise en charge engagé pour le patient chuteur.

M1 : « Des fois, tu vois « il a chuté » dans le dossier, y a rien quoi. Tu sais pas ce qu'ils ont fait. A mon avis ils ont rien fait, ils ont dit « pourquoi vous chutez ? » « Vous tombez dans les pommes ou pas ? » et c'est tout quoi, en gros. »

Même quand les connaissances médicales sont présentes et le médecin disposé à les utiliser, certains évoquent se heurter à des **moyens diagnostics limités en consultation** que ce soit au cabinet, mais surtout à domicile.

M3 : « Parce que des fois au cabinet on a des idées, on a des envies, mais on a pas les moyens. »

M6 : « Tu vois c'est le truc en visite t'es appelé t'as pas le temps t'as pas regardé le dossier t'étais ailleurs, tu vas voir la mamie, elle est tombée tu l'examines comme tu peux, dans une maison hein, donc pas tous tes outils diagnostics et t'as pas tout ton dossier donc il te manque pas mal d'infos. »

M7 : « On a pas toujours le dossier, donc à la maison sur le plan logistique c'est moins pratique [...] »

Néanmoins, la limite principale à la prise en charge du généraliste semble rester le **manque de temps médical**.

Plusieurs estiment que cet empressement subi restreint une **réflexion approfondie**.

M3 : « C'est vrai qu'après ça peut-être vaste. Des fois sur une seule consult' ça va pas forcément suffire. Faut pas oublier que là on a un quart d'heure, parfois un peu plus, ça sera pas forcément sur une seule consultation. » ; « Après s'il faut du temps, on le prend mais y a des choses où on va pas forcément aller parce que ça nous demande un peu plus de réflexion et on se dit « bon j'ai pas le temps de chercher pour le moment, vous reviendrez... ou ça peut être l'occasion d'une seconde consultation. On peut pas tout gérer d'un coup. »

M4 : « C'est vaste la chute, c'est pas qu'une consult', parce qu'on va faire petit bout par petit bout souvent. »

M7 : « Des fois les scores de gériatrie, soit je les connais pas assez biens, soit ils vont paraître trop longs et complexes à faire, et du coup je vais pas forcément les utiliser. »

Certains affirment même être limités dans la réalisation d'un **examen clinique complet**.

M3 : « Il faut savoir qu'une consultation, moi je prends un peu plus de temps maintenant parce que j'en ai marre mais 20 minutes ça passe vite hein, quand ils sont âgés, qu'il faut qu'ils se déshabillent, qu'ils montent sur la table... Ca prend du temps. »

M5 : « Parce que c'est vrai des fois, par exemple l'hypotension orthostatique on la soupçonne mais on la prend pas parce qu'on est pressés... »

M6 : « Je fais l'examen cardio complet, je regarde les jambes, le vasculaire, les pouls... Voilà, ça si j'ai le temps je le fais. En temps normal, si c'est le 3ème motif de la consultation il est clair... » ; « Donc c'est vrai que t'es moins systématique parce qu'il y a cette problématique du temps de consultation d'1 quart d'heure... »

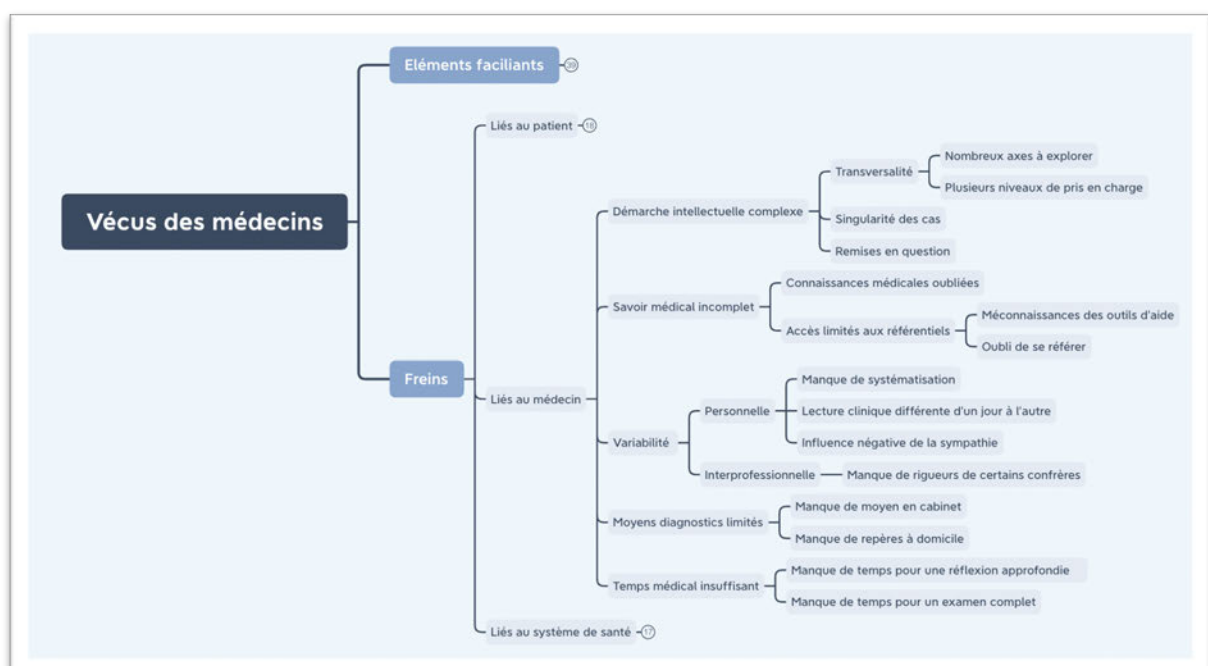


Figure 25 : Résumé thématique des freins liés au médecin

b.3. Les freins liés au système de santé

Parmi les difficultés qui ressortent des entretiens menés pour ce travail, plusieurs semblent se rattacher au fonctionnement du système de soin actuel.

En premier lieu, les interrogés témoignent d'une **orientation complexe** pour la prise en charge de leur patient.

Un praticien en ville évoque ainsi manquer d'information sur les **intervenants locaux** à proximité en raison de leur nombre important en zone urbaine.

M4 : « Et donc des fois c'est des intervenants qu'on ne connaît pas finalement parce que le maillage en ville est tellement grand. Moi j'ai encore découvert qu'il y a un ORL au bout de la rue, dans mon quartier à 500m d'ici je savais même pas qu'il y était. »

Un autre affirme également pouvoir être confronté aux **décisions territoriales** répartissant l'offre de soin, avec la **sectorisation** de l'accès à certaines structures ou des **restructurations** qui complexifient les adressages.

M1 : « Tu peux aussi orienter à l'hôpital de jour à Uzès. Mais nous c'est un peu sectorisé, au final ça dépend un peu de ton secteur d'habitation. » ; « Après si tu veux hospitaliser, tu peux hospitaliser sur Beaucaire. Ouais non maintenant ils sont en train d'enlever la médecine, et mettre plus que de la gériatrie, tu peux plus hospitaliser... C'est un peu compliqué. »

Il avoue même parfois ne pas cerner le **fonctionnement administratif** de certains établissements.

M1 : « Après t'as des trucs privé-public j'ai pas encore trop cerné [...] »

En second lieu, plusieurs médecins soulignent une **offre de soin limitée**.

Plusieurs évoquent ainsi un **accès difficile aux infrastructures**.

La difficulté semble résider :

- soit dans la **distance séparant ces structures du lieu de vie des patients**,

M2 : « Ici on est en milieu semi-rural donc on envoie pas trop facilement si c'est pas nécessaire pour le patient, C'est beaucoup plus compliqué on n'est pas en ville. On doit prendre sa voiture, si on conduit pas... La problématique n'est pas du tout la même en semi-rural qu'en ville et ça, ça rentre en compte. »

M3 : « [...] le premier hôpital il est à 45km, c'est Béziers le premier hôpital. Après on a la clinique à Bédarieux mais qui fait pas tout. Donc le premier hôpital c'est ou Béziers ou Castres. On est perdus au milieu de nul-part même si on n'a pas l'impression. »

M7 : « C'est quand même pas si simple, parce que ça veut dire qu'il faut avoir un VSL, une ambulance ou que la famille accompagne. »

- Soit par des **délais d'attente** importants, résultant d'une demande de soin excédant l'offre disponible pour certains services de soin.

M7 : « C'est des consultations qu'on aimerait pouvoir faire bénéficier à plein de monde, et par contre y'a pas beaucoup beaucoup de places quoi. »

Certaines explications à ces difficultés d'accès pourraient se trouver dans certains propos soulignant le **manque de moyen** de prise en charge, qu'il soit humain ou matériel.

Ainsi plusieurs médecins évoquent par exemple le **manque de spécialistes**,

M3 : « On a pas de spécialistes. »

M7 : « On a des neuros mais pas beaucoup [...] »

Ou encore le **manque de certains professionnels paramédicaux ou travailleurs sociaux**.

M3 : « Des fois on a le côté social un peu à explorer. C'est pas forcément le plus facile pour nous parce que les assistantes sociales dans le coin on n'en a pas forcément beaucoup. »

M7 : « Je trouve que dès qu'on est un peu isolé du CHU, des grandes villes, tout est un petit peu plus compliqué. Quand on veut faire de l'orthophonie aux gens, pareil : polypatho - un peu âgés - déments, trouver une orthophoniste c'est difficile, kiné à la maison c'est pas toujours facile... »

Ce manque de personnel entraîne ainsi parfois la **fermeture de structures locales**.

M3 : « Il y a des consult gériatriques sur Béziers. Il y en avait ici à la clinique, mais il y en a plus, donc du coup voilà. »

En plus du manque de moyens humains, ce professionnel en zone prioritaire déplore le **manque de matériel** pour la réalisation des examens complémentaires dans les centres de proximités.

M3 : « [...] Par contre à l'hôpital de Saint-Pons, on a pas de radio... On a juste ça : les ergo, les kinés, les psycho, enfin le personnel mais on a rien pour faire un examen complémentaire à part des électrocardiogrammes, c'est tout. »

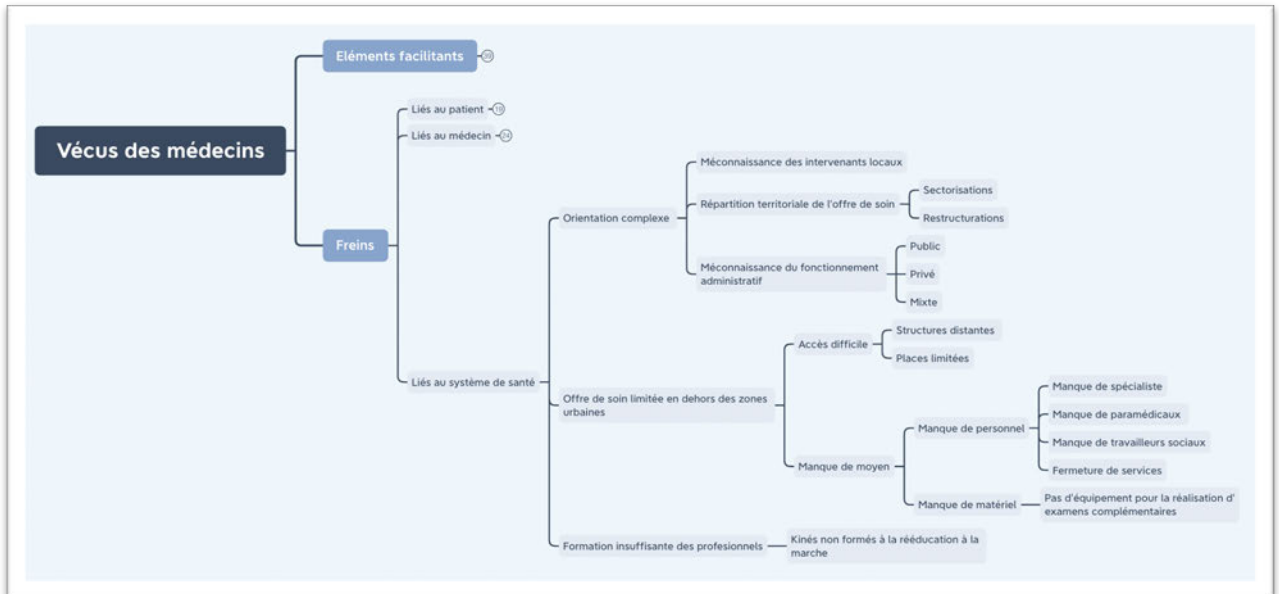


Figure 26 : Résumé thématique des freins liés au système de santé

3.5. Imaginer un outil informatique d'aide à la prise en charge

Après avoir ainsi évoqué leurs pratiques face aux patients chuteurs afin d'en dégager les attitudes facilitatrices et les freins perçus, les interrogés ont été amenés à réfléchir sur le thème des systèmes d'aides à la décision médicale afin d'**imaginer l'outil informatique idéal** pour la prise en charge en médecine générale des sujets âgés faisant des chutes répétées. (Annexe 5)

a. Utilisation des SADM par les praticiens

En premier, un état des lieux de leur **relation avec les SADM** a été réalisé.

Nos entretiens ont permis de révéler une fréquence d'utilisation variable des SADM. Certains évoquant une **utilisation modeste** de l'outil informatique dans leur démarche intellectuelle médicale,

M2 : « En pratique j'ai Antibioclic® par exemple. Après non je ne m'en sers pas beaucoup... »

M5 : « J'avoue que je ne suis pas de la génération à prendre beaucoup l'ordinateur. »

Tandis que d'autres avouent s'en servir **plus régulièrement**.

M6 : « Ca j'utilise quand même pas mal. Si ça correspond à tous ces outils-là d'aide à la décision, à l'orientation diagnostique, ouais j'aime bien ! »

M7 : « Moi j'utilise, j'en utilise pour des choses biens précises, j'aime bien avoir des outils. »

Parmi les outils spontanément rattachés par les praticiens à la définition du SADM qui leur est indiquée, **plusieurs entités** apparaissent.

Tout d'abord, et majoritairement, plusieurs affirment se servir des **échelles diagnostiques ou scores** disponibles en ligne, comme le MMSE.

M1 : « Des échelles peut-être non ? Ca fait partie des définitions ? »

M3 : « Je fais un peu pour les dépressifs et anxieux là... l'échelle d'Hamilton et je sais plus laquelle. Parce que quand ils nous disent « je suis encore déprimé » au bout d'un moment je me dis... Donc de ça je me sers... [...] On a aussi des échelles mais c'est pareil... Pour l'addiction au tabac.... Qu'est-ce que c'est que j'utilise... C'est surtout ça. »

M4 : « On fait des scores, des trucs comme ça des fois qu'on peut utiliser, pour le sevrage tabagique on a des scores, qui nous indique sur quelle thérapeutique on va partir... Dans le domaine étiologique et non thérapeutique... On a des scores comme le risque cardiovasculaire mais ça c'est de la thérapeutique, c'est-à-dire on a déjà fait le diagnostic tout ça, on évalue un risque pour savoir si on donne un traitement ou non. Sur l'étiologie comme ça je vois pas... Si quand je fais un MMSE ça va me dire si y a une démence ou pas. »

M7 : « Je vais regarder par exemple sur des scores CHA₂DS₂VASc pour les patients sous anticoagulation... » ; « Après je fais de temps en temps des MMS, mais c'est pas souvent [...] parfois j'utilise aussi celui pour la dépression, je sais plus comment il s'appelle. » ; « parfois le score d'Epworth c'est vrai que je trouve un outil en ligne [...] »

Ensuite, les **sites Internet interactifs** comme Antibioclic[®] sont mis en avant.

M2 : « En pratique j'ai Antibioclic[®] par exemple. »

M4 : « En infectieux on a des sites comme ça comme Antibioclic[®] ou quoi, on rentre on dit « c'est un homme, il y a insuffisance rénale, elle est enceinte, quel âge il a machin truc, quel appareil est atteint » boum ça vous donne un ordre d'antibio à mettre en place, il est pas allergique au premier ? Vous lui collez le premier. »

M6 : « Typiquement l'Antibioclic[®], c'est le truc que j'utilise le plus. »

M7 : « j'utilise beaucoup Antibioclic[®] par exemple, ou Ophtalmoclic qui est un autre outil pour l'ophtalmo. »

Un médecin évoque également se servir d'un **service d'information en ligne** sur les risques des médicaments chez la femme enceinte.

M1 : « [...] j'utilise le CRAT aussi, c'est bien pratique. »

Un autre affirme avoir recours à un **questionnaire intégré au logiciel métier** mis en place pour la prise en charge des patients souffrant de la COVID.

M3 : « Ah tiens pour le COVID ! Au moins c'est pas compliqué, on avait sur l'ordi, on mettait oui-non, la fièvre, le truc, le machin, et hop on l'avait sur l'ordi ! »

L'utilisation de ces outils est motivée par **des intérêts multiples**.

Dans un premier temps, les SADM sont perçus comme un moyen de **rassembler les idées**.

M3 : « Ben déjà ça m'aidait à rassembler mes idées finalement ; ça faisait une bonne synthèse. »

M6 : « Tous ces outils-là, c'est pas une fin en soi, faut pas prendre ça comme la Bible mais ça aiguille un peu. Quand t'es à la 15ème consultation l'après-midi, que t'as l'esprit un peu embrumé, tu mets, ah oui tiens voilà, ça permet de remettre un peu les choses à plat donc moi je trouve ça très intéressant. Moi je l'utilise. »

Parfois, ils sont utilisés pour **pallier à l'oubli**.

M1 : « C'est quand même bien pratique pour savoir, selon les consultations, ce à quoi tu dois penser et pas oublier. »

M4 : « C'est pas mal quand on a des choses un peu compliquée, qu'on sait plus ou qu'on doute. »

Enfin, c'est pour certains un intermédiaire pour **pallier au doute et éviter les erreurs**.

M2 : « [...] Pour m'assurer des conduites thérapeutiques adaptées. »

M6 : « Au moins comme ça, ça me permet de revérifier et de pas faire une connerie. »

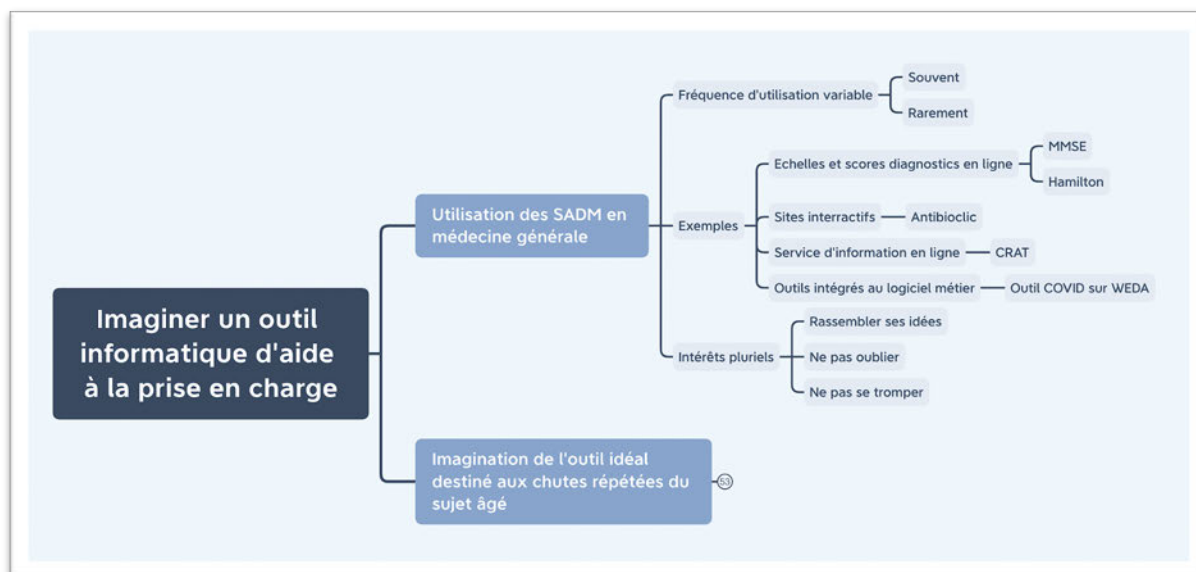


Figure 27 : Résumé thématique de l'utilisation des SADM en médecine générale

b. Imaginer l'outil idéal

La suite des entretiens a permis à travers l'expression des praticiens, d'imaginer l'outil dont ils seraient susceptibles de se servir en consultation. Leurs attentes peuvent être regroupées en 2 grandes catégories : les attentes conceptuelles et les attentes conceptionnelles.

b.1. Attentes conceptuelles

b.1.1 Intérêts potentiels

L'ensemble des praticiens interrogés s'est montré favorable à la conception d'un tel outil, pour plusieurs raisons.

En premier lieu, plusieurs en attendent une aide dans leur **démarche diagnostique**.

Certains affirment qu'il pourrait dans cette optique leur permettre de **globaliser les informations pertinentes**.

M2 : « Les intérêts c'est de globaliser les informations pertinentes, avec le terrain du patient, et d'aboutir effectivement à une proposition de prise en charge. »

M3 : « Déjà ça permet de résumer un peu. »

Quasiment tous estiment que l'outil pourrait les aider à **systematiser leur approche**.

M1 : « Ca pourrait être intéressant, juste pour avoir quelque chose de global tu vois. Tu penses à tous les items auxquels il faut penser dans une chute, que ce soit mécanique ou malaise. Que t'oublies rien. Un truc vraiment où tu te dis « j'ai pensé à ça, j'ai pensé au côté neuro... » enfin tous les diagnostics que ça pourrait être en fait. » ; « En fin de compte, ce serait plus avoir un examen clinique plus carré quoi. »

M3 : « On gagnerait du temps parce que je suis sûre si on met plusieurs items on oubliera pas, on sera plus complet, plus rapidement, on coche pif paf pouf ça c'est fait. »

M4 : « D'être plus exhaustif, plus systématique. » ; « En sachant que je sais pas tout sur les chutes et tout ça, donc il y a des fois où je pense que ça peut être tout à fait complémentaire ou des moments où il y a des trucs on tilte pas. »

M5 : « Peut-être nous aider à ne rien oublier dans l'interrogatoire, dans l'examen. Effectivement, d'être plus exhaustif. » ; « Un examen qui serait plus réglementé. »

M6 : « De ce que tu sais, de ce que tu vois, tu peux faire un petit arbre pour peut-être t'orienter si t'es perdu : ou l'examen à prescrire, ou le truc à regarder chez elle, l'examen clinique à faire à ne pas oublier pour justement avancer sur le sujet. »

M7 : « [...] vérifier qu'on a bien fait tout ce qu'il fallait quoi. » ; « Ça peut inciter aussi à faire un examen clinique de meilleure qualité. »

Des praticiens rajoutent qu'ils s'en serviraient dans le but de **hiérarchiser leur démarche diagnostique**.

M4 : « Pour éviter aux gens de faire tous les examens, parce que le but c'est pas de tout faire, de le montrer à tout le monde quoi il faut essayer de cibler les choses. »

M7 : « si l'outil, non seulement sur la prévention mais donne un guideline sur tel examen systématique faudrait faire, pourquoi pas. Ça permet aussi finalement de se dire bah... je vais pas sélectionner entre si, ça et ça, mais en fait on va faire tout. Ou en tout cas selon un ordre peut-être de priorité. Ça peut aussi permettre d'avoir un arbre décisionnel, peut-être un peu plus rapide quoi et vraiment de cibler les examens, à penser à faire ou à regarder, s'ils ont pas été faits de façon plus systématique quoi... Ça peut aussi servir dans ce sens-là. »

Certains évoquent même qu'il pourrait les aider à **objectiver le risque** réel des patients.

M5 : « D'objectiver le risque vraiment. »

M7 : « S'il y a une grille qui nous permet quand même d'évaluer les risques, enfin en tout cas de graduer un risque de rechute et de décès [...] Ça permet quand même d'être plus vigilant alors que peut-être paradoxalement un patient va s'emblir aller bien. En fait si on calcul un score, on regarde sur une grille, et que finalement bah on se rend compte que c'est plus inquiétant que ça n'y paraît, ça peut quand même permettre d'être plus attentif [...] »

Enfin, un dernier affirme que cela pourrait lui permettre d'être **plus crédible auprès des spécialistes** chez qui il oriente son patient.

M1 : « Ça permet d'être un peu plus crédible pour le spécialiste chez qui tu l'orientes. »

En second lieu, plusieurs interrogés espèrent qu'au-delà de l'aide diagnostique cet outil puisse leur apporter une **aide thérapeutique**.

Ainsi, un médecin pense que l'outil pourrait **favoriser l'adhésion du patient** au projet soin.

M5 : « Peut-être de faire prendre conscience aux gens, de l'utilité de se prendre en charge, d'accepter le kiné... Peut-être avec des barèmes « vous avez chuté pour ça, ça, ça... ne pas prendre n'importe quel médicament », peut être leur faire prendre conscience qu'il y a certains médicaments qui renforcent le risque de chute. »

Un autre affirme quant-à-lui que l'outil serait un moyen de **hiérarchiser sa démarche thérapeutique** lorsque plusieurs étiologies coexistent.

M3 : « Parce que des fois on hésite « il a ça et ça, finalement qu'est-ce que c'est qui l'a le plus perturbé dans sa chute ? » Est-ce que c'est simplement l'arthrose du mécanique..? » ou parfois si on a un peu plus de critères qui penchent pour l'un ou pour l'autre, ça ç'a l'air d'être un peu plus important alors on va d'abord aller dans cette direction-là. »

Un dernier espère que l'une des fonctions de cet outil permette la **coordination des soins**, toujours dans l'intérêt thérapeutique du patient chuteur.

M4 : « Si l'aide c'est une plateforme sur laquelle dans la localisation du patient, y a 5 kinés qui vous disent moi je prends en charge dans ce quartier ou les infirmières et tac tac ça te met en relation ça va m'aider et aider les familles. »

b.1.2 Qualités attendues

Plusieurs qualitatifs ont été employés par nos interlocuteurs pour décrire l'outil qu'ils espèrent.

Certains expriment leur besoin de **simplicité** et **rapidité**.

M1 : « Faudrait pas que ce soit quelque chose de trop compliqué, parce que sinon on le ferait jamais. » ; « Parce que finalement t'as qu'un quart d'heure en consult'. Faut que ça aille en quelques minutes. »

M7 : « Je vais les utiliser s'ils sont rapides et faciles d'utilisation. »

Plusieurs évoquent leur espoir de **synthèse**.

M2 : « Faut que ça reste très synthétique... »

M7 : « Les outils qui sont, euh..., ou on clique et en 2 minutes on a une synthèse, euh.. je vais les utiliser. Donc, c'est vrai que, voilà le côté court, synthétique. »

Un dernier lui souhaite d'être **didactique**.

M4 : « Mais il faut vraiment que ce soit didactique quoi. Parce que sinon on va s'y perdre [...] »

b.1.3 Doutes émis

Pour autant, si les médecins interrogés semblent enthousiastes, certains émettent des **réserves**.

Ainsi, l'un craint que la **multiplication des interfaces informatiques** crée une dispersion de l'information médicale.

M2 : « S'il faut aller dans 10 trucs différents, 1 pour les femmes enceintes, 1 pour les vieux, 1 pour les chutes... Ben on y va pas. On a 36 000 adresses. La difficulté pour nous c'est gérer l'information, on est inondé d'informations, entre les mails et le reste, il faut que cette information se mette au bon endroit. »

Un autre estime qu'il peut exister un risque de **perte de relation humaine** dans l'utilisation d'un outil informatique dans le contexte de chute.

M4 : « [...] au final quand vous êtes chez le patient avec votre portable à mettre des petits trucs en posant des questions, ça nuit un peu à la relation patient médecin quoi. A mon avis sur une chute les patients ont pas envie de vous voir pianoter quoi, ils préfèrent discuter avec vous. Et moi aussi d'ailleurs j'ai pas envie de pianoter pendant des plombes et souvent c'est ça, nos ordis ils nous happent. Au cabinet des fois on a l'impression, j'arrête pas d'écrire les gens le disent des fois. Soit le téléphone sonne soit ils sont devant leur ordi les docteurs. Donc il faut se dégager plus de temps... Il faut pas que ça diminue la qualité de la relation. »

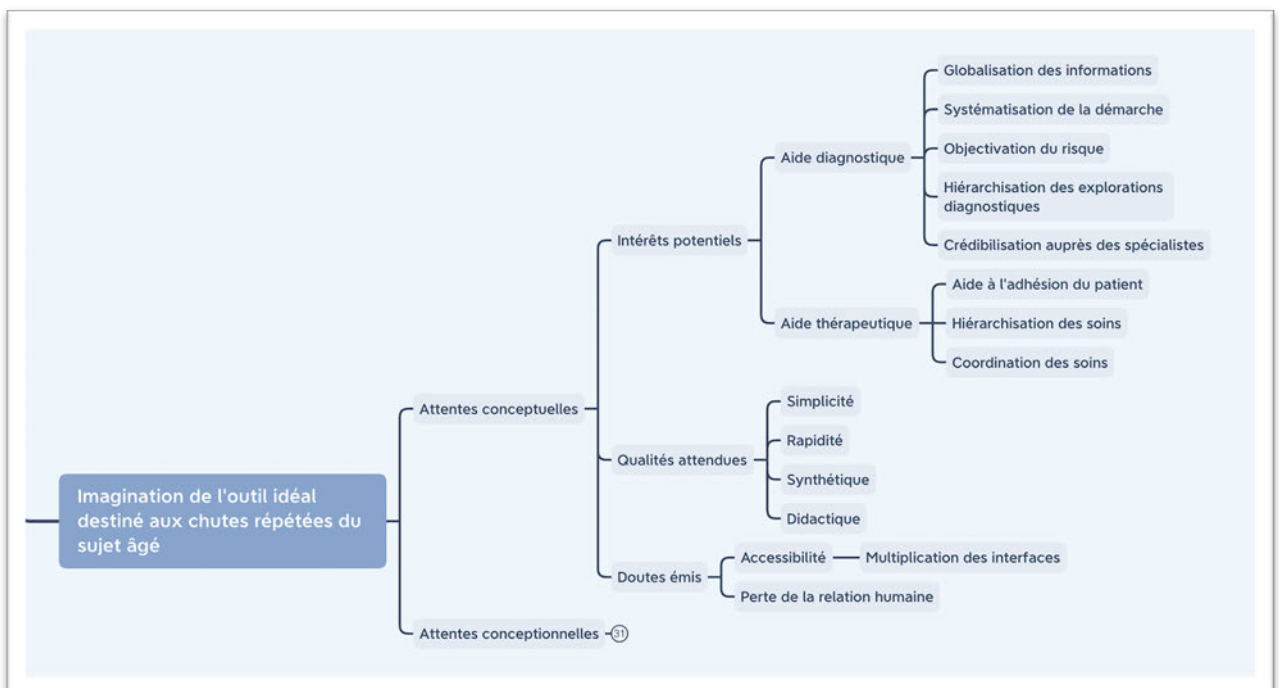


Figure 28 : Résumé thématique des attentes conceptuelles

b.2. Attentes conceptionnelles

Une fois les attentes conceptuelles documentées, nous avons sollicité l'imagination des praticiens sur les caractéristiques conceptionnelles attendues de l'outil idéal, et ce à 2 niveaux principaux : la forme de l'outil et son contenu.

b.2.1 La forme informatique

Concernant la forme que pourrait prendre un tel outil, plusieurs propositions ont été soulevées par les interrogés.

La forme souhaitée la plus citée, a été celle du **site Internet**, pour sa facilité d'accès.

M1 : « Plus un truc que tu tapes en ligne et tu le trouves quoi. T'es tout le temps devant ton ordi en fait comme médecin. Hop tu vas sur Internet, tu cliques et puis tu tombes dessus quoi. Ce serait le plus utile. »

M3 : « En ligne en général s'il y a une connexion Internet ça va vite, donc personnellement je pense que je préfèrerais la connexion Internet qu'une application. »

M5 : « Les sites d'Internet c'est facile d'accès quand même. »

M6 : « Un site simple sur le modèle des « clics ». 2-3 menus déroulants, avec ta situation de base et après hop. »

M7 : « Donc voilà moi je trouve que finalement un site en ligne où on coche, on clique... Et puis, ça permet en 2-3 minutes en fait d'avoir comme ça soit un score, soit des consignes, soit... Enfin voilà, ça me paraît ce qu'il y a de techniquement... Moi je trouve plus utilisable, donc voilà. »

L'alternative qui est le plus souvent revenue, est celle d'un **module intégré au logiciel métier**.

M2 : « Après il faut quelque chose qui soit interfacé avec le logiciel métier, on l'a bien vu il y a différents outils de travail partagé, on y va pas. Pas le temps. Faut vraiment qu'il puisse y avoir un lien... [...] Par exemple, un peu à l'image des résultats HPRIM qui vont aller se mettre dans le tableau des résultats. Je prends un patient, je prends le tableau, je sais que j'ai les derniers éléments, et voilà j'ai mon tableau qui apparaît, en gros faudrait que ce soit ça quoi. »

M3 : « Bah moi ce serait un truc qui s'intègre à mon logiciel médical. [...] Au cabinet on est toujours avec notre ordinateur, et on est toujours dans notre logiciel. Donc tout ce qui peut être recherché dans le logiciel et qui nous évite de sortir du logiciel pour aller chercher autre chose, personnellement je trouve que c'est plus facile. »

M4 : « Sinon faut que ce soit incorporé dans le logiciel qu'on a déjà. Une sorte de base qu'on peut accrocher à tous les logiciels, WEDA et autres, parce qu'on est pas tous chez WEDA bien évidemment. Il faudrait que ce soit un module chute. »

Un médecin évoque même le concept d'**outil intégré au Dossier Médical Partagé (DMP)**.

M2 : « Peut-être ce serait sur le DMP où il y aurait un élément « risque de chute », car c'est un élément important. Il pourrait y avoir « évaluation » à partir de 60 ans, car il faut une évaluation tous les « tant » ou avant si changement. » ; « S'il faut qu'il y ait le logiciel métier, le DMP, s'il y a encore un truc on va pas y penser... Déjà le DMP c'est difficile alors que c'est la solution. C'est clair que toutes les informations sont réunies au sein du DMP. Il faudrait que notre logiciel aille chercher là-bas. C'est ça en fait la solution. Les radios, toutes les prises de sang, HOP, dans le DMP. Et avec le logiciel on va le chercher. Même chose pour le protocole chute, tout va dans le DMP et quand on en a besoin, on le met dans le logiciel. »

Même s'il conçoit que son utilisation n'est pas aisée.

M2 : « Le DMP on s'en sert pas parce que ça prend trop de temps alors qu'il devrait y avoir un lien instantané. »

Enfin, l'utilisation de l'outil sous forme d'**application mobile** a également été évoquée par plusieurs participants, en raison de sa praticité à domicile.

M3 : « Après c'est vrai que je dis ça parce qu'on est au cabinet mais les chutes parfois elles peuvent être à la maison donc peut être après qu'on peut en faire une application pour le téléphone par exemple. Pour les visites. Quand on est appelé en visite pour des chutes, si on a une application un peu simple on peut aller sur l'application sur le téléphone. »

M6 : « Et puis évidemment sur une petite appli ça peut être pas mal. Je te dis en visite, c'est typiquement un truc... la question elle est en visite. Donc l'appli ça c'est mieux. »

b.2.2 Le contenu

Une fois la forme discutée, les médecins se sont exprimés sur le contenu qu'ils souhaitent présent au sein de l'outil idéal. Ce contenu semble constituer 2 grandes parties : une partie interactive et une partie informative.

b.2.2.1. Partie interactive

La partie interactive, est imaginée sous forme **d'arbres décisionnels** qui se dessineraient à partir des données renseignées par le praticien.

M1 : « Un truc à la fois général, simple et très exhaustif. Tu vois ce que je veux dire ? Qui draine tout le panel de l'examen clinique que tu dois faire, mais sans aller trop loin non plus. Ou alors t'as la possibilité d'aller loin mais t'es pas obligé de passer par toutes les étapes compliquées pour réussir à avoir une vue globale. »

M2 : « On pourrait cocher que les choses, par exemple l'albumine... s'il y a pas d'hypotension orthostatique, ou s'il y a pas d'élément dont la question est systématique, ça pourrait ne pas apparaître. »

M3 : « Presque un peu comme un arbre décisionnel quelque part. »

M4 : « On peut se mettre des consultations type, là je mets consultation chute j'ai une grille qui m'est présentée ou que je peux modifier moi : « y-a-t-il une perte de connaissance ? non. Y-a-t-il machin... » puis les arbres diagnostics vont se dessiner, pourquoi pas. »

M5 : « Remarquez ça peut être bien aussi, parce que ça permet de remplir tout le dossier sur sa chute quoi. Le fait de dire « a-t-il ça, ça ça ? » ça permet de rien oublier non plus... Vous devez renseigner, et puis ça permet de faire une conclusion. Une sorte d'arbre décisionnel. »

M6 : « [...] un arbre décisionnel ou un menu déroulant avec 2-3 choix qui puissent... Comme ça je l'ai pas mais l'âge, le truc, 1 ou 2 comorbidités principales, qui font que ça oriente pour te sortir après un bilan standard un peu minimal [...] »

Afin de dresser cet arbre diagnostic, les praticiens jugent utile que l'outil leur demande de renseigner plusieurs éléments.

Tout d'abord, ils soulignent l'importance de renseigner les **données cliniques** qu'ils peuvent obtenir au cabinet ou à domicile.

Dans un premier temps, ils souhaiteraient renseigner les données de l'interrogatoire comme le **terrain du patient** et les **circonstances de la chute**.

M3 : « Qu'on marque les comorbidités, qu'on marque l'âge, qu'on marque les circonstances dans lesquelles c'est arrivé... »

M7 : « Dans les antécédents c'est peut être des cases à cocher : genre antécédents cardiaques, [...] maladies neurologiques [...] Enfin peut-être des catégories à renseigner : diabète, machin, surdité... »

Dans un second temps, ils estiment que les **données de l'examen physique** doivent être demandées.

Les données clés de leur **examen général**, en fonction d'un **questionnaire standardisé**, pourraient leur être demandées.

M1 : « Enfin maintenant en réfléchissant, ce dont j'ai besoin c'est l'examen clinique. »

M2 : « Les éléments déterminants dont on a parlé. Hypotension orthostatique ou non ? poids ? »

M6 : « L'examen clinique avec 2-3 points importants à regarder... »

M7 : « Peut-être aussi non seulement les antécédents du patient, mais qu'est-ce qu'on constate à l'examen. » ; « Mais peut être dans l'outil, si y'a des outils aussi sur l'examen clinique ça peut nous encourager (rire)... à dire voilà [...] est-ce que vous avez fait le test machin ? Simple. Ça peut inciter aussi à faire un examen clinique de meilleure qualité [...] »

Pour certains, les données physiques doivent être complétées par les résultats de **tests diagnostiques cliniques** selon des **échelles validées** proposées au praticien.

M1 : « Si y avait un peu des échelles validées aussi dedans, qu'on puisse mettre dans le dossier médical. « Pensez à faire ce test » pour l'examen clinique tu vois, « pensez à cette échelle en cas de chute » ou j'sais pas quoi... du coup on pourrait les valider, et noter dans le dossier « échelles machin » « test du truc » enfin voilà, c'est fait et avec le résultat. Ouais ça peut aider ça ! »

M5 : « Je sais pas, est-ce qu'on pourrait faire quelque chose qui... certains exercices que pourraient faire les gens pour savoir si c'est un facteur de chute ou pas. [...] Comme le test « rester 3 secondes... », les trois quarts n'y arrivent plus à cet âge-là quand ils ont chuté 3 fois. »

M7 : « Et après, peut-être renseigner, en quelques minutes [...] quel test est le plus important [...] »

Enfin, un dernier évoque que l'examen physique pourrait être agrémenté d'un **bilan neuro-cognitif**.

M2 : « [...] l'évaluation cognitive... »

Dans un troisième temps, certains médecins estiment que l'on pourrait finaliser l'entretien clinique en renseignant les **données environnementales** du patient.

M2 : « Après c'est l'évaluation du domicile [...] »

M7 : « Sur l'environnement ouais, ça peut être ... Ca peut sensibiliser, si on y a pas pensé quoi. »

Dans un dernier temps, un participant rajoute qu'il souhaiterait un espace dédié à **l'analyse de l'ordonnance** afin d'en dégager les interactions susceptibles de provoquer des chutes.

M4 : « Ou alors une base de donnée médicamenteuse qui nous sort les interactions. Nos logiciels normalement le font mais c'est difficile d'utilisation comme toujours car c'est très complexe mais pourquoi pas, mais ça veut dire qu'il faut entrer l'ordonnance dans la base. »

Une fois les données cliniques relevées, les médecins affirment qu'il faut un espace dédié au **bilan paraclinique**.

D'abord, plusieurs souhaiteraient voir figurer les **examens paracliniques recommandés** et nécessaires en fonction des données cliniques renseignées.

M5 : « Ou les examens complémentaires à prescrire, parce que j'en prescris pas beaucoup mais peut-être qu'il y a des examens complémentaires à prescrire pour les chutes. »

M6 : « Mais voilà plutôt un bilan ORL, plutôt un bilan... en fonction de 2-3 questions. L'orientation un peu des examens cliniques et paracliniques. »

M7 : « Peut-être du coup aussi une proposition sur la prise en charge. Ça peut être voilà en fonction de tels éléments, quels examens il faut penser à faire systématiquement ou pas systématiquement. »

Un autre estime utile un espace dédié à la **synthèse des informations paramédicales** si des bilans ont été demandés (ergothérapeute par exemple).

M2 : « Selon qu'on a fait un bilan du domicile, un bilan ergo, avoir un retour. »

De ces informations cliniques et paracliniques, les médecins souhaitent que l'outil en dégage une **synthèse des risques** avec mise en évidence des **critères de gravité**.

M2 : « À la fin il faudrait sortir un document synthétique, voir les facteurs prédisposants à la chute qui sont repérés, et les éléments qui pourraient être proposés. »

M3 : « Après il pourrait aussi y avoir des critères un peu comme là, où ils mettaient 4 ou 5 critères importants et s'il y avait 4 critères importants même si la personne n'avait pas l'air trop... ils disaient « hospitalisez ». Peut-être que ça aussi, mettre des critères qui pourraient nous dire « s'il y en a tant, considérez le comme plus grave ou moins grave » même si la personne en face de nous on se dit elle a pas besoin d'hospitalisation... Classifiez les critères qu'on a trouvé à l'examen clinique ça pourrait être intéressant. »

M7 : « Bah que ça nous dise peut-être, soit.. voilà le patient se situe dans telle catégorie ou de décès ou de complications, ou voilà quel est l'impact et les conséquences pour ce patient [...] »

Plusieurs estiment que cette synthèse devrait être suivie de **propositions thérapeutiques** personnalisées.

M1 : « Que t'ais toutes les possibilités de renutrition : à domicile, tout seul, avec l'infirmière... ou alors si c'est à l'hôpital bon ben voilà. Que t'ais vraiment ça en tête aussi. »

M2 : « À la fin il faudrait sortir un document synthétique, voir les facteurs prédisposants à la chute qui sont repérés, et les éléments qui pourraient être proposés.»

M5 : « Voilà, et puis après effectivement des conduites à tenir en fonction de tous ces résultats. »

M7 : « Donc peut être sur les explorations et pourquoi pas après si y'a des choses un peu plus précises sur la prise en charge. »

b.2.2.2. Partie informative

Au-delà de la partie interactive de l'outil, plusieurs participants révèlent avoir besoin d'une partie plus informative sous forme de **rubriques**, dans lesquelles ils pourraient retrouver les **informations théoriques** dont ils ont besoin.

M5 : « J'aimerais mieux que tout soit marqué, pour ne rien oublier. Sous forme de rubrique. »

Dans ces rubriques, ils souhaitent pouvoir trouver les **différentes étiologies des chutes** classées par ordre de fréquence,

M3 : « Surtout si vous, vous avez des statistiques, je pense qu'à l'hôpital ils font des statistiques, vous devez savoir quels sont les pathologies les plus régulièrement retrouvées dans les causes de chutes donc ça les mettre vraiment au milieu, et puis après s'il y a des choses moins fréquentes, mais auxquelles on pense et qui peuvent apporter, on peut les mettre un peu en exergue et dire « pensez à... ; pensez à... » juste un petit mémo. »

M5 : « Peut-être les pathologies les plus fréquentes qui font chuter. »

mais également les **principaux médicaments à risque** de chute par iatrogénie.

M5 : « Peut-être les médicaments qui favorisent les chutes. »

D'autres médecins trouveraient utile la présence d'un **annuaire professionnel géolocalisé** qui indiquerait les intervenants susceptibles de prendre en charge au plus près du patient.

M3 : « Et puis peut être après les spécialistes qui peuvent nous aider en fonction... »

M4 : « Mais si après ils nous dit « là il y a des troubles moteurs machin faut faire de la rééducation moteur ou quoi » TAC vous êtes dans tel quartier. TAC vous avez tel praticien qui fait de la rééducation et de l'équilibre chez la personne âgée [...] Donc ça pourrait donner les intervenants. »

Enfin un interrogé évoque l'apport que pourrait avoir une rubrique contenant les **démarches administratives utiles** dans le contexte de sujet âgé chuteur.

M4 : « des démarches administratives. »



Figure 29 : Résumé thématique des attentes conceptionnelles

IV) Discussion

A. Force de l'étude

Plusieurs études ont à ce jour exploré les pratiques des médecins généralistes face aux chutes répétées chez le sujet âgé, mais c'est le premier travail à y adjoindre le recueil des intérêts et attentes dans la conception d'un outil informatique d'aide à la prise en charge de ces patients chuteurs.

Le choix d'une étude qualitative est particulièrement adapté à l'exploration du vécu et des attentes. La réalisation d'entretiens semi-dirigés par guide à questions ouvertes a été propice à une évocation spontanée et au recueil de propos personnels et authentiques. La tenue des entretiens au sein même du cabinet du praticien a été en mesure d'instaurer un climat professionnel et de confiance. La réalisation d'un entretien test a contribué à l'adoption d'une posture adéquate en tant qu'enquêteur et l'obtention d'un guide d'entretien fonctionnel afin de limiter les biais méthodologiques liés au recueil. Le double enregistrement audio a permis de s'affranchir de tout problème technique. Chaque enregistrement a été fidèlement retranscrit textuellement, au mot près.

Les praticiens interrogés ont permis de constituer un échantillon diversifié que ce soit du point de vue des caractéristiques identitaires comme le sexe ou l'âge, mais également des caractéristiques professionnelles comme la durée d'installation ou la zone d'exercice, limitant les biais de sélection. Le faible écart entre le nombre de praticiens contactés et le nombre de praticiens ayant effectivement participé à l'étude révèle l'intérêt pour le sujet.

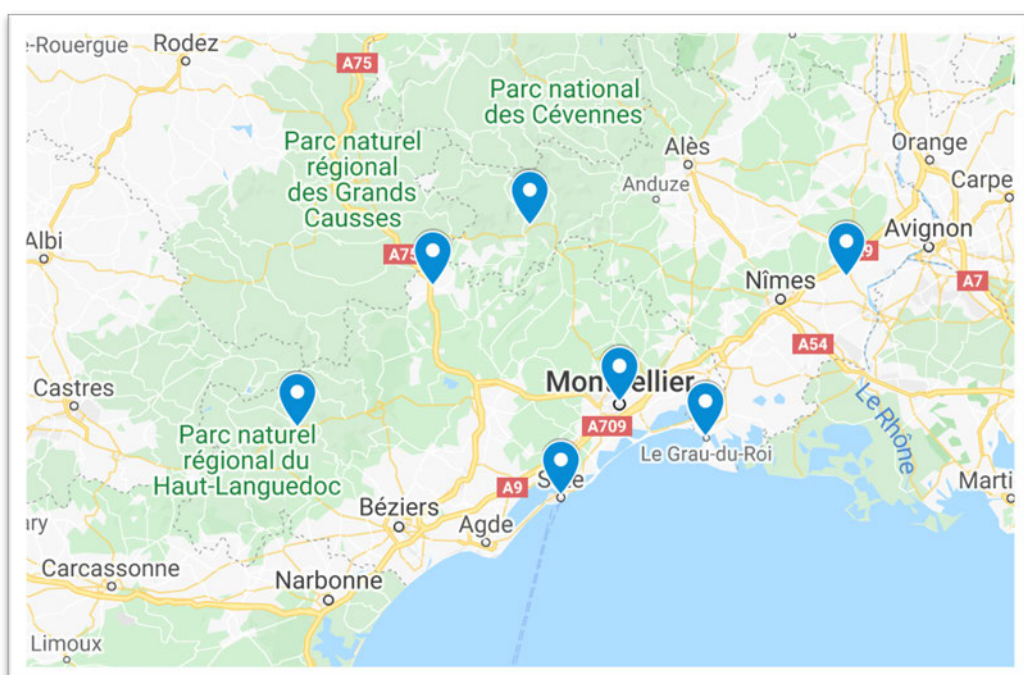


Figure 30 : Zones d'exercice des praticiens visualisées sur le site Google Maps

La première version de l'analyse thématique a subi une révision totale basée sur les enseignements reçus lors d'une formation à l'analyse qualitative dispensée par la faculté de Montpellier le 08 avril 2021. Ceci a permis de s'affranchir du sur-risque interprétatif lié à la naïveté d'une première expérience analytique.

B. Faiblesse de l'étude

Malgré la formation théorique de l'enquêteur, qu'elle soit personnelle par ouvrage dédié (43) ou universitaire par une formation à la faculté, ce travail reste le fruit d'une première expérience en tant que chercheur en analyse qualitative, ce qui peut malgré les efforts être source de biais méthodologiques.

Le chercheur a réalisé à lui seul le recueil et l'analyse, sans triangulation des données, ce qui peut être à l'origine de biais d'investigation, comme le biais de confirmation, en raison d'idées préconçues existant naturellement.

Questionner les pratiques médicales expose au risque de biais de désirabilité, lié à la tendance naturelle de l'interrogé à vouloir se présenter sous une meilleure facette.

Une majorité de praticiens utilise le logiciel WEDA qui est un logiciel en ligne. Ceci peut constituer un biais de sélection et influencer les résultats portant sur la forme de l'outil idéal imaginé.

C. Synthèse et interprétation des résultats principaux

1. Apprendre le soin gériatrique

Les médecins interrogés ont évoqué s'être formés en gériatrie principalement par l'expérience sur le terrain, d'abord lors de leur formation initiale en tant qu'interne dans des services hospitaliers polyvalents soignant de nombreux sujets de plus de 65 ans, puis dans leur pratique quotidienne de généraliste auprès d'une population vieillissante. Néanmoins, peu ont affirmé avoir reçu une formation spécifique en gériatrie.

Parce qu'ils sont plus souvent polypathologiques, fragiles, voire dépendants, les soins que requièrent les personnes âgées sont spécifiques.

Personnellement, après 7 mois en secteur hospitalier en service de Court Séjour Gériatrique et à effectuer des gardes et astreintes en services de médecine polyvalente, j'ai eu l'occasion d'observer de réelles différences de prise en charge entre les services de médecine polyvalente et les services de court séjour gériatrique, notamment du point de vue de la gestion du risque iatrogénique chez le sujet âgé (usage des hypnotiques, anxiolytiques, antalgiques), la prévention du risque de chute (hauteur des lits, utilisation

des barrières, fréquence de réalisation de la kinésithérapie), la prise en charge des troubles cognitifs (communication avec les patients, rappels d'orientation temporo-spatiale), le degré d'engagement des explorations médicales rapporté à l'état médico-psycho-social du patient, mais également dans l'accompagnement au retour à domicile.

À mon sens, ces différences pourraient être liées à un manque de transmission de la culture du soin de la personne âgée auprès du corps médical. Fort du même constat, le ministère de la Solidarité et de la Santé émet en 2018 son rapport « Hôpital et personne âgée » présentant 10 mesures pour l'adaptation de l'hôpital aux besoins des personnes de plus de 75 ans, avec notamment le renforcement de la culture de la bienveillance à l'égard de ces patients au sein des établissements de santé et le renfort du recours à l'expertise gériatrique dans les services spécialisés (45). Conscient de l'importance d'une formation adaptée des médecins généralistes au soin gériatrique, certains syndicats étudiants proposent même de l'inclure de manière obligatoire dans la maquette du DES de médecine générale (46).

Cet accompagnement permettrait selon moi un meilleur soin de la personne âgée par les médecins, notamment de premiers recours.

2. Définir la chute du sujet âgé

La définition HAS de la chute en tant que perte de hauteur involontaire est partagée par les praticiens interrogés. Néanmoins la chute du sujet âgé semble prendre une dimension plus symbolique tant par le déclin vers la dépendance qu'elle peut présager, que par l'alerte qu'elle procure au soignant quant au suivi médical qu'il mène ou l'éventuelle pathologie dont cet incident ne serait que le symptôme.

La définition des chutes à répétition ne fait quant-à-elle pas consensus auprès des participants de notre étude. La fréquence requise de 2 chutes dans l'année ne semble pas retenue, avec une majorité de médecin qualifiant la répétition après plusieurs récurrences. La seule notion de fréquence a semblé insuffisante pour rendre compte du risque réel si on ne la rapporte pas au profil du patient, qui peut sensiblement différer entre deux personnes du même âge.

Ainsi, il apparaît que pour créer un outil ciblé, il convient de réfléchir plus-avant aux deux sujets primordiaux que sont la définition du sujet âgé et celle de la chute.

Il n'existe pas de définition communément admise du « sujet âgé ». En effet, l'avancée en âge est marquée par une grande hétérogénéité des états de santé entre les

individus. Les sociétés savantes distinguent alors plutôt les individus dits « robustes » vivant un vieillissement réussi en raison de capacités fonctionnelles de réserve peu altérées, les sujets dits « fragiles » dont la vulnérabilité aux facteurs de stress internes ou externes les conduit à un risque d'évolution vers la dépendance, et les sujets « dépendants » ayant subi un vieillissement pathologique (47). Les sujets âgés « fragiles » sont généralement le cœur de cible des politiques préventives. Néanmoins les différents concepts de fragilité, principalement validés par des études épidémiologiques et non de pratiques cliniques, peinent à établir une définition consensuelle et opérationnelle de la fragilité (48). Ce qui, à mon sens, complexifie le ciblage en pratique médicale quotidienne.

Définir la chute expose elle aussi à des difficultés. J'ai pu le constater lors de cette étude, la question simple « qu'est-ce qu'une chute selon vous ? » entraînait une hésitation marquée chez nos interrogés. Ce sentiment est conforté par le comité expert de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) en 2015 qui fait état des difficultés depuis plus d'un siècle à l'obtention d'une définition concrète et opérationnelle de la chute, et notamment de la chute « grave », qui intéresse plus particulièrement les politiques préventives (49). Dans l'optique de prévenir au mieux les conséquences de tels évènements, il s'agirait alors peut-être de s'ouvrir à de nouveaux concepts comme la « chute critique » au cours de laquelle le patient est incapable de se relever seul quelque-soit le traumatisme (9), ou encore la « presque-chute », au cours de laquelle un trébuchement est compensé par la mise en action de systèmes de récupération de l'équilibre (50).

3. Prendre en charge le sujet chuteur en médecine générale

3.1. Démarches

Notre étude a permis de mieux comprendre la démarche médicale des généralistes interrogés face au sujet âgé chuteur.

Les médecins semblent ainsi accorder une importance légitime à l'**interrogatoire** afin de mieux cerner le contexte dans lequel cet incident s'inscrit dans l'histoire du patient (circonstances, mode de vie, habitus, symptômes concomitants). Ils soulignent l'apport informatif de l'entretien avec la famille et le personnel paramédical. Cet interrogatoire semble permettre aux praticiens interrogés de distinguer les chutes qualifiées de « mécaniques » des chutes aux mécanismes préjugés plus complexes.

Néanmoins, peut-on réellement parler de chute « mécanique » chez un sujet âgé ? La littérature s'accorde aujourd'hui à dire que les chutes chez le sujet âgé sont principalement d'origine multifactorielle (51). Pourtant le terme de chute « mécanique », souvent assimilé à la « maladresse » ou aux situations pour lesquelles une cause extrinsèque environnementale est rapidement identifiée, reste communément utilisé. En 2013, une étude observationnelle analyse rétrospectivement les dossiers médicaux de 100 patients hospitalisés en SSR suite à une chute aux conséquences fracturaires. Elle révèle que les patients dont la chute a été étiquetée « mécanique » présentent en moyenne 8,4 facteurs de risque de chute, ce qui correspond à un important facteur de risque de récurrence selon la HAS. Pourtant, près d'un patient sur deux dans ce groupe a refusé la réalisation d'une consultation chute, au motif qu'il n'en avait pas besoin (52). Si ce résultat pourrait témoigner d'une banalisation de ces événements, peu d'études se sont intéressées aux répercussions réelles de cette appellation sur la prise en charge médicale. En 2015, une étude rétrospective américaine portant sur les patients admis aux urgences d'un centre hospitalier, révélait que les patients dont la chute avait été catégorisée comme mécanique étaient significativement moins questionnés sur leurs antécédents de chute (ce qui est pourtant un élément clé de la catégorisation en groupe de risque), et recevaient moins d'exploration électrocardiographique ou scannographique que les autres patients chuteurs. Le taux de récurrence, et de mortalité à 6 mois, ne différaient pas entre les 2 groupes de patient, pouvant indiquer que ces chutes « mécaniques » n'étaient pas « moins graves » (53). Ce terme, parce qu'il ne reflète pas la réalité des risques liés aux chutes qu'il qualifie et expose au risque de banalisation, mériterait à mon sens d'être abandonné.

L'**examen clinique** est également au cœur de la prise en charge. Il est décrit comme « complet » bien que généralement orienté par l'interrogatoire et limité par le temps imparti de la consultation. Les praticiens regardent principalement l'état général du patient (nutrition, hydratation...) avant de s'intéresser particulièrement à l'examen cardiovasculaire et neurologique. L'évaluation de la marche se fait principalement de manière informelle, et celle de l'équilibre par des tests plus spécifiques mais parfois réalisés de manière non conforme aux recommandations. Le reste de l'examen clinique est plus inconstant, bien que les référentiels préconisent un examen clinique complet chez tout patient chuteur (1,17). Le manquement à la réalisation des tests spécifiques est un fait retrouvé systématiquement dans la littérature (30–34).

L'apport des **examens paracliniques** semble partagé par la majorité des praticiens. La biologie y tient une place prépondérante avec généralement un bilan « général », bien que les seuls dosages systématiquement recommandés par la HAS soient l'ionogramme et la vitamine D (1). Les autres examens, comme les imageries ou les explorations cardiovasculaires, semblent plutôt réservés en seconde intention voire uniquement réalisés sur point d'appel.

Lorsque les facteurs de risque ont été identifiés, les médecins expriment réaliser **différentes interventions**.

Ils concentrent particulièrement leurs efforts sur le renforcement de la **mobilité**, que ce soit par la promotion de l'activité physique, sous réserve d'un équipement adapté (aide technique et chaussage), et la réalisation de la kinésithérapie.

L'activité physique adaptée a été peu verbalisée par les praticiens interrogés. Pourtant une méta-analyse de 2013 regroupant 17 études et 4305 participants confirme les bénéfices des programmes d'exercice physique dans la prévention des chutes et de leurs conséquences traumatiques (54). Les exercices ayant montré leur efficacité sont les exercices multi-composantes, comme le Tai-Chi, associant un travail d'équilibre, de force, de coordination, de souplesse et d'endurance, notamment lorsqu'ils sont poursuivis en autonomie à domicile (55).

En Occitanie, le programme MACVIA-EPCA "Equilibre Prévention de la chute Autonomie », promeut l'activité physique adaptée à la prévention des chutes du sujet âgés via des ateliers dispensés au plus près des usagers (56). Malgré le succès croissant du dispositif (57), les praticiens interrogés exerçant dans les communes concernées n'en ont pas parlé, ce qui pourrait révéler un manque d'information de ces derniers quant à l'offre disponible.

Ils prêtent également une attention particulière à la sécurisation du **mode de vie**, que ce soit par des aménagements pratiques du domicile (travaux, alarme), l'augmentation de la présence humaine (aides sociales) ou encore l'institutionnalisation. Systématiquement évoquée, la modification du lieu de vie est un point à aborder avec précaution selon moi. En effet, pour la personne âgée, le domicile peut constituer un élément de continuité identitaire permettant une stabilité de l'être par les souvenirs qu'il renferme et les habitudes qui y sont acquises (58). La modification imposée du lieu de vie (comme une institutionnalisation) pourrait en ce sens avoir un impact psychologique

négatif, avec à l'extrême le développement d'un syndrome dépressif caractérisé qui est facteur de risque de perte d'autonomie (59). Il me paraît donc indispensable d'aborder cette question de manière coordonnée, et en concertation intime avec la personne âgée, afin de minimiser la perte de repères et faciliter l'acceptation par l'intéressée des changements proposés.

Enfin, les médecins cherchent à agir plus directement sur l'état de **santé** de leur patient en corrigeant les autres facteurs modifiables, plus médicaux. D'abord par l'éducation préventive pour une réduction des conduites à risque. Ensuite par des réévaluations médicales spécialisées auprès d'organistes ou globales auprès de gériatres et autres médecins polyvalents, dans le but de corriger d'éventuels états pathologiques favorisants. Enfin ils opèrent des modifications thérapeutiques par la lutte contre l'iatrogénie et les insuffisances nutritionnelles (supplémentations).

Ainsi si aucun n'a déclaré s'appuyer sur les recommandations nationales ni consulter quelconques référentiels pour sa prise en charge, il n'en est pas moins que la démarche globale préconisée par les sociétés savantes est globalement respectée par notre échantillon (1,18).

Un point noir persiste néanmoins, celui du traitement d'une ostéoporose avérée. En effet, si la supplémentation vitamino-calcique a été évoquée par un médecin, aucun n'a évoqué la place du traitement anti-ostéoporotique dans la prévention des complications des chutes. Le défaut de dépistage d'une ostéoporose chez le sujet chuteur était déjà souligné par plusieurs études (31,32). Pourtant, après 65 ans on estime que 39% des femmes souffrent d'ostéoporose (60). La chute de sa hauteur est la première cause de fracture ostéoporotique non vertébrale (61). C'est pourquoi les dernières recommandations du Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses (GRIO) en 2018 et de la HAS en 2019 préconisent le dépistage d'une ostéoporose par ostéodensitométrie chez toute femme ménopausée présentant un risque élevé de chute, et ce même sans antécédent de fracture ou facteur de risque d'ostéoporose (61,62). Elle devra alors être traitée médicalement si sa densité minérale osseuse (DMO) est inférieure ou égale à -3. Il me paraît donc indispensable de promouvoir cette démarche.

3.2. Ressentis

L'évocation spontanée du vécu des participants de cette étude a permis de mettre en lumière plusieurs **éléments facilitant** la prise en charge du sujet âgé chuteur.

Les praticiens interrogés ont affirmé pouvoir compter sur leurs connaissances théoriques et leur expérience pour guider leur pratique. Leur rôle de médecin traitant permet par un suivi dans le temps et l'accès au lieu de vie de mieux reconnaître un changement dans l'état de base de leur patient. La présence d'un entourage aidant facilite l'obtention des informations et la réalisation des explorations tout en assurant un soutien moral du patient. La constitution d'un réseau paramédical et spécialisé permet une prise en charge concertée. Lorsque la prise en charge dépasse les soins de premiers recours, des infrastructures locales sont susceptibles d'accueillir le patient que ce soit en hospitalisation, en SSR ou en EHPAD.

Néanmoins, les praticiens ont évoqué également de nombreux **freins**.

Concernant les **patients**, ils déplorent en premier lieu un recours retardé au médecin traitant en cas de chute. En consultation, les patients n'évoquent pas spontanément l'évènement ou tardivement par manque de priorisation, et lorsqu'ils sont questionnés la délivrance des informations peut-être partielle par dissimulation, oublis à distance ou fausses suppositions sur les causes ayant mené à la chute. Les médecins se heurtent à des difficultés d'observance des soins, que ce soit par refus volontaire ou incapacité à réaliser ce qui est demandé. Les difficultés semblent majorées quand il existe des troubles cognitifs ou un isolement social.

Évoquer la chute est un problème médical mais semble à mon sens également sociétal. Une étude déclarative multicentrique Grenobloise en 2012 a montré qu'un tiers des patients ambulatoires ayant chuté n'en parlent à personne, ni au médecin ni même à la famille, en majorité car ils trouvent cela inutile et injustifié (63).

Il pourrait se cacher derrière cette dissimulation la crainte d'une forme de stigmatisation, sous-tendue par l'image négative du sujet âgé chuteur construite par la société. Ainsi dans une étude qualitative australienne la même année, les sujets âgés interrogés décrivent leurs congénères « chuteurs » comme des personnes frêles avec un état de santé altéré, une mobilité réduite, et un mode de vie sédentaire ou socialement isolés (64). Concevoir la chute comme un évènement stigmatisant pourrait expliquer les difficultés rencontrées par les patients âgés à aborder ce sujet avec la communauté médicale. (65)

Partant de ces constatations, il semble primordial d'instaurer dans nos pratiques médicales le questionnement systématique de l'évènement chez tous nos patients âgés, comme recommandé par les sociétés savantes (16,17).

Du point de vue du **médecin**, la prise en charge des chutes révèle une démarche intellectuelle complexe qui peut malgré tout mettre le praticien face à un savoir médical incomplet. Ils subissent une variabilité dans leur prise en charge, influencée par un manque de systématisation et parfois le développement d'une sympathie. Cette variabilité peut parfois gêner le travail collaboratif. Les praticiens se sentent parfois limités dans leur démarche que ce soit par le manque de moyen diagnostic mais surtout par le manque de temps médical.

Le temps médical est en effet un problème récurrent dans le domaine de la prise en charge des sujets âgés chuteurs ou à risque, en médecine générale (30–34). A titre illustratif, une consultation de médecine générale en cabinet dure en moyenne 18 minutes (66) tandis que la réalisation d'un test MMSE, recommandé pour le dépistage de trouble cognitifs, prend en moyenne 15 minutes (67). On comprend ainsi facilement que l'évaluation en soins primaires du sujet âgé, qui plus-est poly-comorbide, impose une réflexion organisationnelle.

Afin d'améliorer la démarche médicale, il s'agirait donc soit d'augmenter le temps médical, ce qui paraît compliqué dans le contexte actuel de pénurie d'omnipraticiens (-9% d'effectif depuis 2010 (68)) qui réalisent déjà 54h de travail hebdomadaire en moyenne (66), soit d'augmenter l'efficacité des consultations. C'est à ce niveau-là que la production de recommandations adaptées à la médecine générale et la création d'outils ciblés pourraient trouver intérêt.

Du point de vue du **système de santé**, leur démarche semble également se heurter au problème d'orientation complexe, vers des intervenants locaux mal connus ou peu formés aux spécificités gériatriques, ou vers des structures de soins à l'organisation changeante et mal comprise, parfois distantes ou mal pourvues en dehors de zones urbaines.

Dans le cadre du projet « Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie » (PAERPA) expérimenté par le gouvernement, la HAS édite en 2015 des recommandations visant à guider les acteurs de soins primaires dans la prise en charge des personnes âgées polypathologiques (69). Le but énoncé est le soin du sujet âgé dans sa dimension globale, associant prise en charge de ses maladies chroniques, difficultés sociales, fonctionnelles et psychologiques, et ce de façon hiérarchisée selon la gravité médicale et les priorités du patient. Cette démarche s'appuie notamment sur le Plan Personnalisé de Santé (PPS). Le PPS est un plan d'action participatif basé sur l'évaluation de premier recours des besoins du sujet âgé et visant à la mise en place

d'actions concrètes à court-moyen et plus long termes en coordination pluri-professionnelle. La chute et les troubles locomoteurs font parties des critères indicatifs justifiant l'initiation d'un PPS (70).

Ainsi, cette démarche de réflexion anticipative pourrait à mon sens limiter les difficultés rencontrées par les praticiens dans le recours aux soins lors d'une complication aiguë, liée par exemple à une chute. Néanmoins, le PPS ne pourra, selon moi, réellement être efficace qu'à la condition du développement des filières gériatriques territoriales permettant l'accessibilité des personnes âgées à des soins adaptés.

4. Faire de l'informatique une alliée de sa prise en charge

Les médecins interrogés sur les SADM ont évoqué une utilisation variable en terme de fréquence et de type d'outil (sites interactifs, échelles en ligne, outil intégré...). Ils ont exprimé leurs motivations plurielles à leur utilisation, notamment éviter la dispersion des idées, l'oubli ou l'erreur.

Le concept d'outil informatique d'aide à la prise en charge des chutes répétées du sujet âgé a semblé les séduire. Ils en attendent une aide simple, rapide synthétique et didactique. L'aide diagnostique espérée passerait par la globalisation des informations et la systématisation de leur démarche afin d'objectiver le risque, hiérarchiser et crédibiliser leurs explorations. Sur le plan thérapeutique, ils imaginent une plus-value pour l'adhésion des patients, la hiérarchisation et la coordination des soins.

Néanmoins certains praticiens redoutent qu'un tel outil complexifie la gestion de l'information par la multiplication des interfaces numériques, et que cette nouvelle interface nuise à la relation humaine.

En effet, si l'informatique a intégré la plupart des cabinets médicaux, une attention particulière doit être portée sur la relation médecin-machine et notamment l'utilisation des SADM dans le processus de travail. Certaines études ont ainsi mis en évidence plusieurs effets négatifs comme l'augmentation du temps de travail ou la génération d'erreurs, survenant notamment lorsqu'il existe une dispersion des informations liée à la multiplication des interfaces devant être consultées pour rassembler les données pertinentes (71). Néanmoins, ces études étudient peu l'utilisation par des médecins libéraux et pour des outils autres que ceux liés à la prescription médicamenteuse.

Au-delà de la relation médecin-machine, la relation médecin-patient à l'ère informatique a également été étudiée. En 2016, une revue de la littérature révèle ainsi que malgré certaines difficultés rencontrées par les médecins dans le maintien de leur

attention centrée sur le patient, distraits par l'interface informatique, une majorité d'études retrouve une globale satisfaction des patients dans l'intégration de l'outil informatique dans la consultation avec un impact positif sur leurs échanges avec les praticiens (72). Néanmoins les sujets de plus de 65 ans sont généralement peu représentés dans ces études.

Concrètement, les interrogés attendraient d'un outil chute qu'il se présente sous la forme d'un site web ou d'un module intégré au logiciel métier. Le contenu pourrait d'abord comprendre une partie interactive sous forme de logigramme avec menus déroulants. Celui-ci permettrait via le renseignement standardisé d'informations cliniques pertinentes, complétées par les données paracliniques des explorations recommandées, l'élaboration d'une synthèse objective des risques menant à des propositions thérapeutiques ciblées. Cette partie interactive pourrait être accompagnée par une partie informative sous forme de rubriques renseignant les étiologies par ordre de fréquence, les médicaments pourvoyeurs de chutes, un annuaire professionnel et un guide administratif.

Il semblerait donc qu'il faille s'orienter sur un SADM à l'approche symbolique mêlant approche documentaire et automatique, qui présentent toutes deux leurs avantages et inconvénients. La partie interactive tiendrait de l'approche mixte qui présente l'intérêt de la rapidité avec laquelle l'information va être présentée au praticien, sous réserve d'un renseignement authentique des données médicales, sans lequel le praticien s'exposerait au risque de production de recommandations inappropriées en raison d'un profil patient caricaturé ne tenant pas compte de ses spécificités réelles. La partie informative tiendrait plutôt de l'approche documentaire pure qui présente l'avantage de préserver une attitude active de recherche d'information du praticien sans avoir à coder d'informations patients, mais présentant le risque de non obtention de l'information voulue ou dans un délai augmenté.

La présentation sous forme d'outil intégré au logiciel métier paraît séduisante. L'étude commanditée par la HAS en 2011 révèle que l'intégration du SADM au dossier patient représente un facteur de succès de l'utilisation de l'outil par les praticiens sous réserve d'une bonne adaptation au processus de travail (71). La problématique posée par cette forme d'outil est celle de l'interopérabilité des outils de santé. On parle d'interopérabilité quand deux systèmes ont la capacité technique de communiquer et opérer ensemble sans ambiguïté ni conflit de système ou de contenu (73).

Cette interopérabilité ne peut être mise en œuvre qu'à la condition d'une mise en commun des informations de conception sous la forme de standards ouverts dont les spécifications techniques sont rendues accessibles. C'est dans cette optique que l'Agence du Numérique en Santé (ANS), via son Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé (CI-SIS), définit des référentiels techniques et sémantiques destinés aux porteurs de projets numériques, dans le but d'harmoniser les échanges de données en santé (74). A ce jour, le concept d'outil intégré, bien qu'idéal théoriquement, me semble encore compliqué à mettre en place, vue la multitude et l'hétérogénéité des logiciels métiers existants.

La conception sous forme de site Internet pourrait présenter plusieurs avantages. En effet, avec le développement d'Internet, le nombre de SADM disponibles en ligne a considérablement augmenté. Présentant l'intérêt d'un accès facilité et généralisé à tous les médecins possédant une connexion Internet, la création d'un site en ligne se heurte néanmoins à plusieurs problématiques. La première contrainte serait celle du respect des standards de qualité de la présentation de l'information de santé sur Internet. De nombreux outils d'évaluation et certification existent, mais la HAS rappelle en 2017 qu'aucun n'est actuellement validé. Elle préconise alors de se référer aux « critères de qualité applicables aux sites Web consacrés à la santé » établis par la Commission des Communautés Européennes (CCE) en 2002, qui sont : l'accessibilité, la transparence, l'obligation de référence, la protection des données médicales, l'actualisation de l'information et la responsabilité (75). La deuxième contrainte résiderait dans la protection des données médicales renseignées sur Internet. Depuis 2016, le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), adopté par le Parlement Européen, pose un cadre précis au recueil et la collecte de données personnelles (76). Les données de santé n'échappent pas à ce règlement, et doivent être ainsi obligatoirement protégées, comme le rappelle le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en 2018 (77). Les informations transmises sur les sites Web sont particulièrement vulnérables et doivent donc être sécurisées. Dans cette optique, la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL) rappelle les précautions élémentaires à prendre dans le domaine de la sécurisation des sites Web, avec comme par exemple : la limitation d'accès aux seules personnes habilitées ou encore l'utilisation de protocoles cryptographiques d'échanges de données (78). Ainsi, à moins d'anonymiser les informations renseignées par le praticien, il est primordial de respecter l'ensemble de ces dispositions afin de garantir le respect et la sécurité du patient dans l'utilisation d'un outil en ligne.

D. Élaboration d'une ébauche de cahier des charges

Nous avons tenté d'élaborer l'ébauche du cahier des charges d'un outil fonctionnel en respectant les attentes des praticiens interrogés, les recommandations médicales scientifiques, les critères qualités de la CCE et les dispositions légales liées à la RGPD. (Annexe 6). Cette ébauche n'est que purement **illustrative**.

1. Partie interactive

Nous avons imaginé le déroulement du logigramme en 3 étapes pouvant correspondre à 3 consultations distinctes : l'évaluation clinique, l'évaluation paraclinique et la synthèse globale. Chaque étape pourrait mener à la proposition d'interventions à partir des résultats déjà renseignées par le praticien, afin d'optimiser le temps de prise en charge.

Concernant la partie « évaluation clinique », le souhait exprimé pour la présentation d'échelles validées pose la question du choix des tests adaptés à la médecine générale. Ce choix devrait être guidé par la rapidité et la simplicité exigées par les médecins pour l'utilisation de l'outil lui-même. Toutefois, ce choix reste difficile en raison de l'inadéquation aux soins primaires de nombreux tests, que ce soit par une réalisation complexe ou chronophage, ou des performances diagnostiques non établies dans le contexte de la médecine générale.

Ainsi, l'évaluation de la mobilité (marche et équilibre) pourrait être réalisée par le TUGT (Annexe 7) car il est le test cité dans la plupart des recommandations et réalisable rapidement sans équipement spécifique. Néanmoins, ses capacités informatives dans la prédiction de survenue d'une chute sont faibles, et les valeurs seuils pathologiques sont variables selon les références (79). Au seuil de 20 secondes recommandé par la HAS et historiquement décrit, il resterait pertinent pour repérer les patients ayant un trouble significatif de la mobilité (80).

Pour le dépistage des troubles neurocognitifs, le test CODEX pourrait être utilisé. (Annexe 8) Recommandé par la HAS (1), il présente l'intérêt de l'exploration de plusieurs champs neurocognitifs (mémoire, fonctions exécutives, attention, praxies visuo-spatiales) en un temps court (3 minutes) et avec une sensibilité et une spécificité élevées dans le dépistage d'une démence (81). Toutefois, ses performances en médecine générale restent à évaluer et il ne peut se substituer à une évaluation diagnostique spécialisée en cas d'anomalie.

Concernant les autres champs médicaux d'intérêt :

- Les échelles de Monoyer et Parinaud (Annexe 9), connues des médecins généralistes, pourraient être utilisées dans le dépistage d'une baisse de l'acuité visuelle, respectivement de loin et de près.
- la Mini-Geriatric Depression Scale (Mini-GDS) (Annexe 10), pourrait être inclus pour le dépistage rapide d'un trouble dépressif.
- Le dépistage d'une dénutrition pourrait être réalisé au moyen de la version « dépistage » du Mini-Nutritional-Assessment (MNA) (Annexe 11), qui s'appuie notamment sur l'évaluation psychologique et cognitive préalablement suggérée.

L'analyse de l'ordonnance pourrait se baser sur les critères généraux STOPP/START ayant montré leur efficacité dans l'identification des prescriptions inappropriées chez le sujet âgé et dont l'application serait susceptible de réduire le nombre de chutes des sujets polymédiqués (82). Ils sont d'ailleurs recommandés par le NICE dans la réévaluation médicamenteuse chez le sujet âgé polypathologique (83). Plusieurs projets d'informatisation de ces critères sont menés, dont une version française testée auprès de médecins généralistes lors d'une étude de faisabilité (84). Une deuxième version enrichie a été publiée puis traduite en français en 2015 (85,86).

Concernant la partie « évaluation paraclinique », l'outil pourrait suivre les recommandations HAS avec la proposition d'une biologie systématique pour le dosage du ionogramme et de la vitamine D. Les autres examens seraient proposés en fonction des données cliniques renseignées comme il est recommandé (1). Une évaluation du domicile et une évaluation sociale, réalisées respectivement par l'ergothérapeute et l'assistante sociale, pourraient être proposées.

La partie synthèse globale permettrait de présenter un résumé des facteurs de risque identifiés et des interventions susceptibles de les corriger. Elle favoriserait le suivi des interventions mises en place.

2. Partie informative

Le contenu souhaité dans la partie informative de l'outil a été décrit de manière assez précise par notre échantillon.

La liste des « pathologies causales » par ordre de fréquence, espérée par plusieurs médecins, pourrait être envisagée sous forme de récapitulatif des facteurs de risques favorisant et précipitant proposés par les études scientifiques.

Le guide des médicaments principalement impliqués dans les chutes pourrait s'appuyer sur la liste des médicaments augmentant le risque de chute (« Fall-Risk Increasing Drugs » - FRID) mise à jour régulièrement par les méta-analyses anglophones (87–89).

Le guide des démarches administratives pourraient s'appuyer sur celles proposées par le portail national d'information pour les personnes âgées et leur proche développé par le gouvernement français à l'adresse <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>.

Enfin l'annuaire professionnel géolocalisé pourrait s'inspirer du modèle utilisé par ce même site (<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/annuaire-services-aide-et-soins-a-domicile>) en l'étendant aux professionnels impliqués dans la prise en charge des sujets âgés chuteurs (kinésithérapeutes par exemple).

V) Conclusion et perspectives

La chute du sujet âgé est un enjeu de santé publique car elle s'associe à une morbi-mortalité et un coût sociétal élevés. Les recommandations ciblant la prévention des récidives sont nombreuses, pourtant les difficultés de leur application en médecine générale persistent. La généralisation de l'informatisation des cabinets médicaux a permis aux systèmes d'aide à la décision médicale de s'immiscer progressivement dans la pratique médicale quotidienne. Néanmoins il n'existe pas à ce jour d'outil informatique destiné à la prise en charge des sujets âgés chuteurs à répétition en médecine générale.

Cette étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes en Occitanie, a révélé une démarche médicale ressentie comme complexe et chronophage en raison de freins multiples liés au patient, à leur pratique ainsi qu'au système de santé. Elle a permis d'explorer leurs intérêts et attentes dans la conception d'un site Internet interactif et informatif qui leur permettrait d'obtenir rapidement et simplement une aide diagnostique et thérapeutique afin d'optimiser leur prise en charge. Dans cette optique, une ébauche de cahier des charges a été produite pour la conception d'un site Internet essayant de répondre au mieux aux besoins des praticiens interrogés en lumière des recommandations scientifiques et exigences légales. (annexe 6)

Toutefois, cette étude ne constitue que la première étape d'un long processus menant à l'utilisation effective d'un tel outil. D'autres recherches sont nécessaires pour préciser le contenu scientifique établi au moyen d'une revue de littérature méthodologiquement bien conduite, et secondairement validé par comité expert, puis éprouver l'outil en pratique réelle au moyen d'une étude d'acceptabilité.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien – première version

Présentation de l'étude :

- *Objectif principal de l'étude : explorer les **intérêts et attentes a priori** des médecins généralistes d'Occitanie dans la conception d'un **outil informatique d'aide à la consultation chute en cabinet***
- *Principes de l'entretien : recueil de propos **authentiques et personnels**, accueillis sans **aucun jugement**, enregistrés par dictaphone et analysés de manière **anonymisée**.*

Signature de la feuille de consentement

1) Sujet 1 : Présentations

- Homme ou femme
- Age
- Durée et mode d'exercice
- Pourcentage de patients âgés dans la patientèle
- Formation concernant la gériatrie
- Informatisation du cabinet

2) Sujet 2 : La chute chez le sujet âgé

- **Quelles informations générales** disposez-vous quant à la chute du sujet âgé ?

Si besoin de relance :

- o *Qu'est-ce qu'une chute selon vous ?*
- o *Quels impacts ont les chutes au niveau épidémiologique ?*

Rappels sur l'épidémiologie de la chute à partir de 65 ans :

- o *Plus de **3 consultations sur 4** pour accident de la vie quotidienne (EPAC 2017)*
- o *Plus d'**1 patient sur 3** ayant consulté aux urgences est hospitalisé (EPAC 2010)*
- o *Plus d'**1 patient sur 4** hospitalisé en court séjour gériatrique suite à une chute est institutionnalisé dans les 6 mois (CHU Nantes 2012)*
- o *Plus de **87% des fractures de l'ESF** après 65 ans sont liées à une chute (INVS 2014)*
- o *Plus de **6700 décès** suite à une chute accidentelle (INSEE 2016)*

- **Quelle est votre attitude en cabinet** face à un patient âgé à risque de chute ?

Si besoin de relance :

- o *Qu'abordez-vous à l'interrogatoire ?*
- o *Que recherchez-vous à l'examen clinique ?*
- o *Quelles données paracliniques vous sont utiles ?*
- o *Quelles interventions réalisez-vous ?*

- **Quels sont vos ressentis** lors d'une telle consultation ?

Si besoin de relance :

- o *Quelles difficultés percevez-vous ?*
- o *Quelles sont les attitudes facilitatrices ?*

- **Quels sont vos outils/besoins** pour optimiser vos consultations chutes ?

3) Sujet 3 : Imaginer un outil informatique d'aide à la consultation chute en MG :

*Définition d'un **système d'aide à la décision médicale (SADM)** : outil informatique dont le but est de fournir aux cliniciens en temps et lieux utiles, les informations décrivant la situation clinique d'un patient, ainsi que les connaissances appropriées à cette situation, correctement filtrées et présentées, afin d'améliorer la qualité des soins et la santé des patients.*

- **Quels liens** entretenez-vous avec les SADM dans votre pratique ?

Si besoin de relance :

- o *Que connaissez-vous au sujet des SADM ? Avez-vous des exemples ?*
- o *Quelles utilisations en faites-vous dans votre pratique ?*

- **Quels seraient les intérêts/objectifs** à la création d'un tel outil pour vous ?

- **Quelle forme informatique** prendrait un tel outil ?

- **Quels contenus** souhaiteriez-vous y voir figurer ?

Remerciements

Proposition de retours sur les résultats obtenus (mail)

Annexe 2 : Guide d'entretien – deuxième version

Présentation de l'étude :

- *Objectif principal de l'étude : explorer les **intérêts et attentes a priori** des médecins généralistes dans la conception d'un **outil informatique d'aide à la prise en charge en consultation des personnes âgées faisant des chutes répétées.***
- *Principes de l'entretien : recueil de propos **authentiques et personnels**, accueillis sans **aucun jugement**, enregistrés par dictaphone et analysés de manière **anonymisée.***

Signature de la feuille de consentement

1) Sujet 1 : Présentations

- Age ?
- Durée et mode d'exercice ?
- Pourcentage des sujets âgés de plus de 65 ans dans votre patientèle ?
- Formation concernant la gériatrie ?
- Informatisation du cabinet (matériel ; logiciel) ?

2) Sujet 2 : La chute chez le sujet âgé de plus de 65 ans :

- Qu'est-ce qu'une chute selon vous ? Une chute répétée ?

Rappels sur l'épidémiologie de la chute à partir de 65 ans :

- o + de **3 consultations sur 4 aux urgences** pour accident de la vie quotidienne (EPAC 2017)
 - o + d'**1 patient sur 3** ayant consulté aux urgences est hospitalisé (EPAC 2010)
 - o + d'**1 patient sur 4** hospitalisé en court séjour gériatrique suite à une chute est institutionnalisé dans les 6 mois (CHU Nantes 2012)
 - o + de **6700 décès** suite à une chute accidentelle en 2016 (INSEE 2016)
- Vous recevez une personne âgée ayant fait 2 chutes dans l'année, comment se **déroule** votre consultation ?
Si besoin de relance :
 - o *Qu'abordez-vous à l'interrogatoire ?*
 - o *Que recherchez-vous à l'examen clinique ?*
 - o *Quelles données paracliniques vous sont utiles ?*
 - o *Quelles interventions réalisez-vous ?*
 - Quels sont vos **ressentis** lors d'une telle consultation ?
 - Quels sont les **documents et outils** dont vous disposez pour vous aider dans votre prise en charge ?

3) Sujet 3 : Imaginer un outil informatique d'aide à la prise en charge en consultation des personnes âgées faisant des chutes répétées :

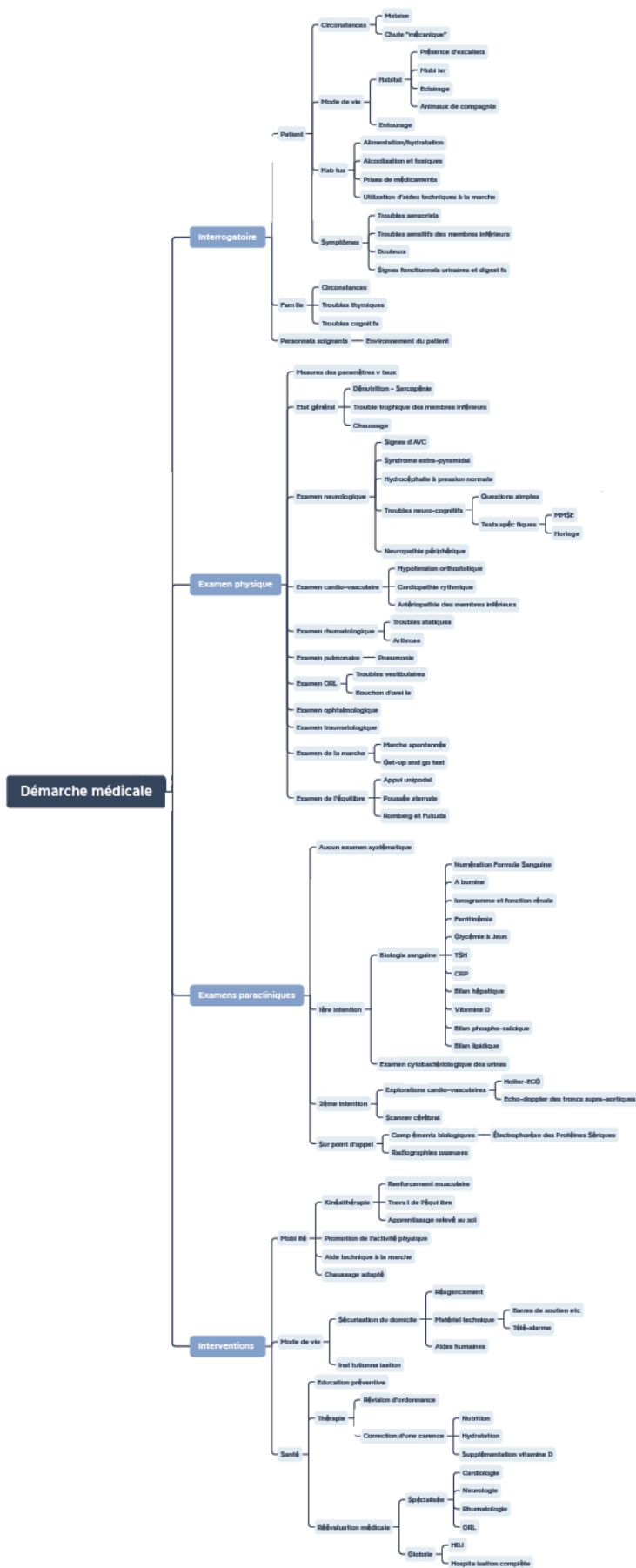
*Définition d'un **système d'aide à la décision médicale (SADM)** : outil informatique dont le but est de fournir aux cliniciens en temps et lieux utiles, les connaissances appropriées à la situation clinique d'un patient donné, correctement filtrées et présentées, afin d'améliorer la qualité des soins et la santé des patients.*

- Quels usages des SADM faites-vous **dans votre exercice** ?
Si besoin de reformulation :
 - o *Que connaissez-vous au sujet des SADM ? Avez-vous des exemples ?*
 - o *Quelles utilisations en faites-vous dans votre pratique ?*
- Quels seraient les **intérêts** à la création d'un tel outil pour votre pratique ?
- A quel **type d'outil informatique** correspondrait-il ?
- Quels **contenus** souhaiteriez-vous y voir figurer ?

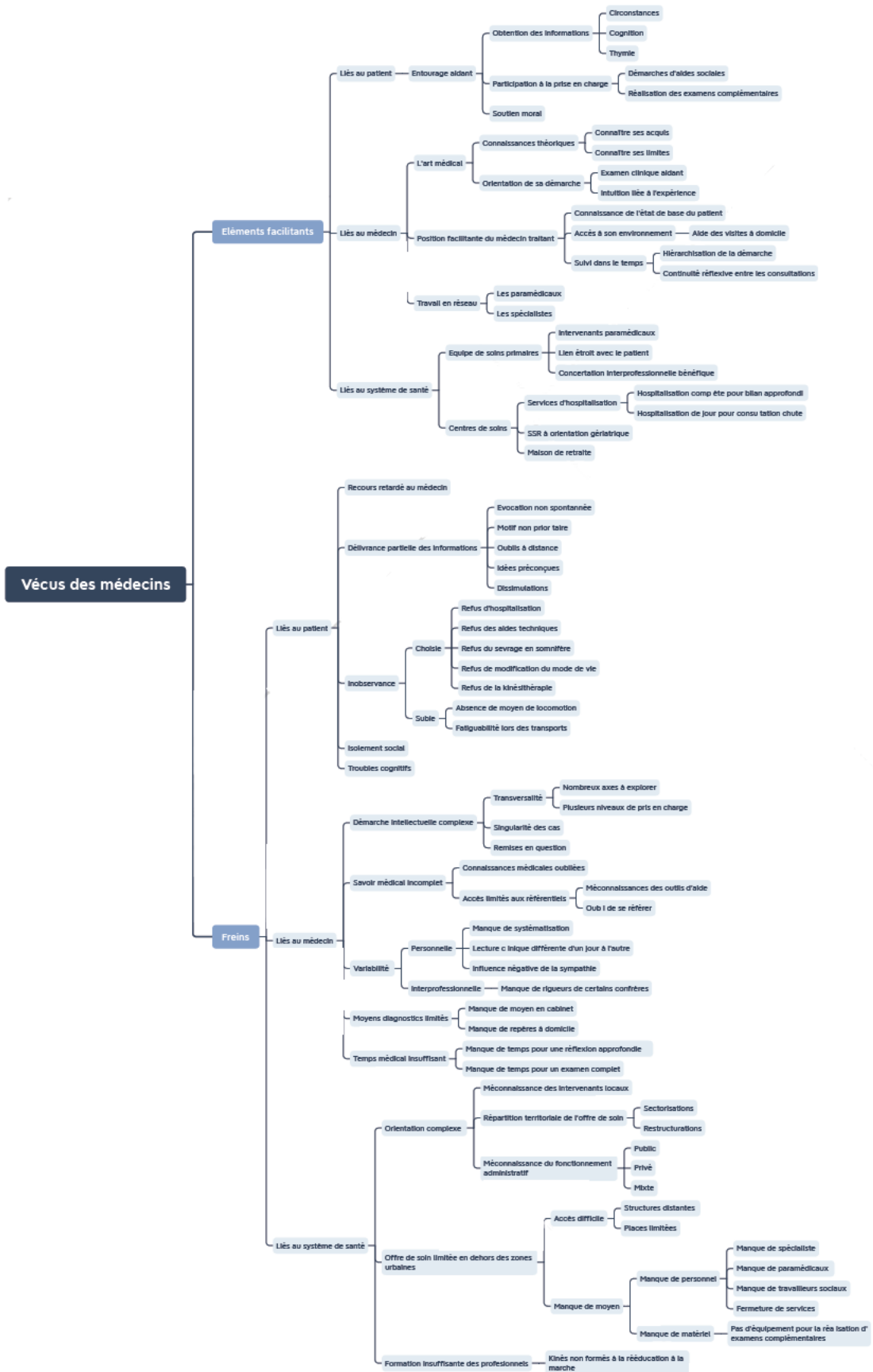
Remerciements

Proposition de retours sur les résultats obtenus (mail)

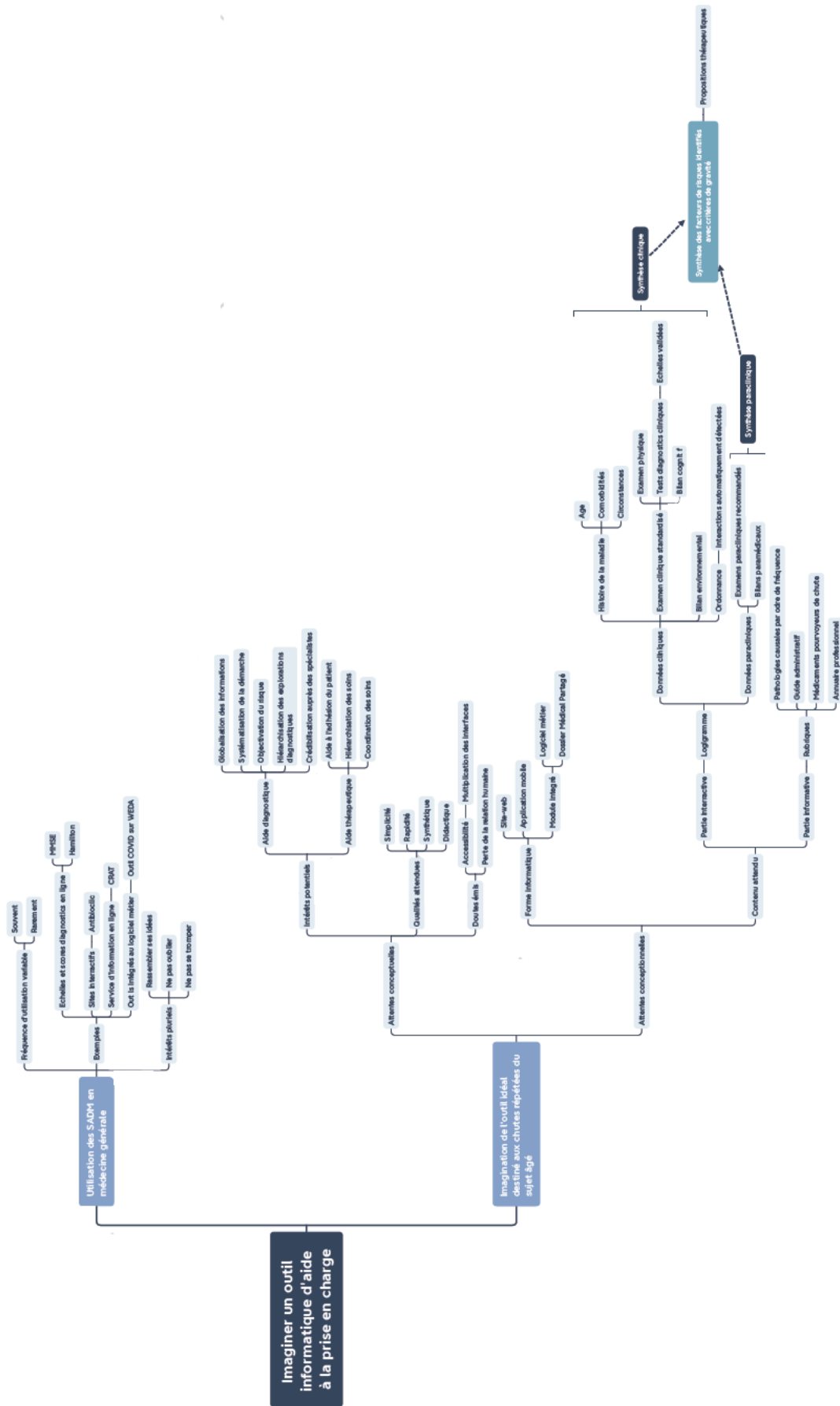
Annexe 3 : Arbre thématique de la démarche médicale



Annexe 4 : Arbre thématique des vécus des médecins



Annexe 5 : Arbre thématique de l'outil idéal



Annexe 6 : Ébauche du cahier des charges

1) Objectifs :

- Principal : guider la prise en charge diagnostique et thérapeutique du médecin généraliste face au sujet âgé chuteur à répétition en lumière des recommandations scientifiques
- Secondaire : fournir les informations médicales à jour des recommandations concernant les chutes répétées du sujet âgé

2) Publics cibles :

- Les médecins généralistes intervenant en cabinet médical, domicile et EHPAD

3) Forme de l'outil :

- Site Web
- Accès gratuit sans identification personnelle

4) Contenu scientifique de l'outil :

a) Partie interactive :

- Évaluation clinique (1^{ère} consultation) :
 - Contexte : âge, antécédents généraux
 - Antécédent de chute et circonstances
 - Examen clinique standardisé :
 - Bilan physique avec échelles validées
 - Examen clinique complet
 - Évaluation marche et équilibre par TUGT (Annexe 7)
 - Évaluation visuelle selon Monoyer et Parinaud (Annexe 9)
 - Évaluation cognitive par test CODEX (Annexe 8)
 - Évaluation thymique par mini-GDS (Annexe 10)
 - Évaluation nutrition par MNA version dépistage (Annexe 11)
 - Saisie et analyse de l'ordonnance selon critères STOPP/START (86)
 - Propositions de bilan paraclinique standardisé
 - Prescriptions médicales selon HAS 2009 (1)
 - Évaluation environnementale par ergothérapeute
 - Évaluation sociale par assistante sociale
 - Propositions d'interventions basées sur les facteurs de risque cliniques déjà identifiés selon recommandations scientifiques
- Évaluations paracliniques (2^{ème} consultation) :
 - Recueil des résultats obtenus

- Propositions d'interventions basées sur les facteurs de risque paracliniques identifiés selon recommandations scientifiques
- Synthèse globale (3^{ème} consultation) :
 - Synthèse des facteurs de risque identifiés
 - Synthèse des orientations interventionnelles proposées

b) Partie informative :

- Présentation des facteurs de risque prédisposants et précipitants d'après HAS (1)
- Guide médicamenteux selon méta-analyses internationales portant sur les « fall-risk increasing drugs » (FRID) (87–89)
- Guide administratif d'après www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr
- Annuaire professionnel géolocalisé inspiré des annuaires www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr

5) Contenus additionnels pour respect de la charte qualité d'après HAS et CCE (75):

- Transparence et honnêteté :
 - Coordonnées de l'organisme gestionnaire du site (nom, adresse postale, adresse électronique)
 - Exposition claire des objectifs et finalité du site (cf supra)
 - Exposition claire du public cible (cf supra)
 - Exposition claire des sources de financement du site
- Obligation de référence :
 - Recensement détaillé de toutes les sources utilisées
- Protection des données et de la vie privée :
 - Anonymisation des informations médicales
 - Exposition claire de la politique du site en matière de protection des données et de la vie privée et du système de traitement des données
- Actualisation des informations :
 - Mise à jour régulière du site avec affichage visible des dates de mise à jour
- Responsabilité :
 - Description précise de la politique éditoriale
 - Espace dédié au recueil des réactions des utilisateurs et surveillance régulière de cet espace
- Accessibilité :
 - Accès restreint par attestation sur l'honneur d'exercice en tant que médecin généraliste
 - Normes suivies en matière d'accessibilité

Annexe 7 : Timed Up and Go Test (TUGT) (d'après HAS (1))

Ce test évalue globalement la marche et l'équilibre postural dynamique de la personne âgée.

Il consiste à mesurer le temps (exprimé en secondes) mis pour se lever d'une chaise avec accoudoirs, marcher 3 mètres, faire demi-tour et revenir s'asseoir.

Les conditions de réalisation du test sont les suivantes :

- le sujet doit utiliser ses chaussures habituelles ;
- il peut se lever en s'aidant éventuellement des accoudoirs ;
- il doit exécuter le test à une vitesse de déplacement la plus naturelle possible et avec un outil d'aide à la marche s'il l'utilise habituellement ;
- la pièce où le test est réalisé doit être fermée, l'une de ses dimensions doit être supérieure à 3,50 mètres, elle doit être bien éclairée, sans bruit ni stimulations extérieures (autres personnes que l'examineur, etc.).

La réalisation du test se décompose toujours en deux étapes : explication du test au sujet, puis réalisation du test avec chronométrage.

Annexe 8 : Test CODEX (d'après testcodex.org/en-pratique)

1. La tâche de mémoire : rappel différé de 3 mots

L'examineur demande à la personne de mémoriser 3 mots qu'il prononce oralement de façon distincte : clé, ballon, citron (ou en cas de second test : cigare, fleur, porte). On demande au sujet de répéter les mots immédiatement pour vérifier que la consigne est comprise. On passe ensuite au test de l'Horloge simplifié.

2. Le test de l'horloge simplifié

On donne au patient un stylo et une feuille de papier sur laquelle est imprimé un cercle de 10 cm de diamètre environ. On lui demande de représenter dans le cercle les nombres que l'on voit sur le cadran d'une montre (sans modèle).

Une fois cela fait, on lui demande de dessiner les aiguilles pour représenter une heure donnée par l'examineur (par ex 5h10).

Le test de l'horloge simplifié est normal si les 4 conditions sont remplies :

- 1. Les nombres sont tous présents**
- 2. Leur position est correcte**
- 3. On reconnaît une grande et une petite aiguille**
- 4. Leurs directions sont correctes**

Si une ou plusieurs conditions ne sont pas remplies, le test est anormal.

3. Rappel des 3 mots

Après le test de l'horloge, on demande à la personne de rappeler les 3 mots mémorisés.

La tâche de mémoire est normale si les 3 mots appris sont rappelés.

Elle est anormale si le sujet rappelle moins de 3 des mots appris.

4. Application de l'arbre de décision du CODEX

- **Si les 2 tâches sont normales, le test est fini, le CODEX est normal (probabilité très faible de démence)**
- **Si les 2 sont anormales, le test est fini, le CODEX est anormal (probabilité très élevée de démence)**
- **Si une est normale et l'autre anormale, le test continue avec 5 questions d'orientation spatiale**

5. Questions d'orientation spatiale

- Quel est le nom de l'hôpital où nous sommes (ou quel est le nom de la rue du cabinet ?)
- Quel est le nom de la ville où nous sommes ?
- Quel est le nom du département où nous nous trouvons ?
- Quel est le nom de la région où nous nous trouvons ?
- A quel étage sommes-nous ?

Chaque bonne réponse vaut un point.

Si le total = 4 ou 5, le CODEX est normal (probabilité faible de démence)

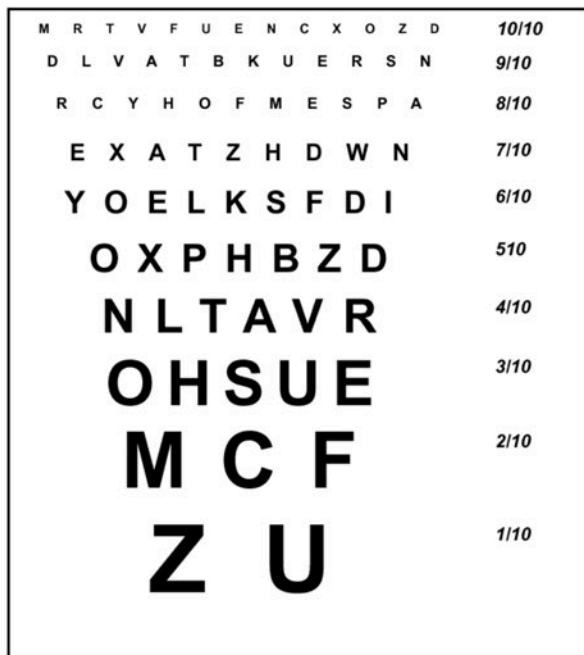
Si le total < 3, le CODEX est anormal (probabilité élevée de démence)

6. Interprétation des résultats et conduites à tenir

Si le CODEX est anormal, la probabilité qu'il existe une démence est importante. Il faut conseiller à la personne un bilan en milieu spécialisé, idéalement en consultation mémoire.

Si le CODEX est normal, la probabilité d'une démence est faible. évaluation cognitive détaillée en milieu spécialisé n'est pas nécessaire. Toutefois, si le test d'orientation spatiale a été nécessaire, il faut surveiller le patient et refaire un test CODEX après 6 mois ou 1 an.

Annexe 9 : Échelles de Monoyer et Parinaud



Échelle de Monoyer (vision de loin)



Échelle de Parinaud (vision de près)

Annexe 10 : Mini-Geriatric Depression Scale (Mini-GDS) (d'après HAS (1))

Ce test recherche l'existence de symptômes dépressifs.

Il consiste à poser 4 questions auxquelles la personne doit répondre par oui ou par non.

Il faut expliquer à la personne que ces questions portent sur les 2 semaines précédentes et non exclusivement sur l'instant présent.

Chaque réponse est assortie d'un score 0 ou 1 :

1. Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste ? oui = 1, non = 0
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? oui = 1, non = 0
3. Êtes-vous heureux(se) (bien) la plupart du temps ? oui = 0, non = 1
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? oui = 1, non = 0

Le score à la Mini GDS est la somme des 4 réponses.

Égal à 0, il indique une faible probabilité de dépression.

Supérieur ou égal à 1, il indique la possibilité d'une dépression et incite à rechercher d'autres symptômes de dépression pouvant aboutir ou non au diagnostic d'épisode dépressif.

Annexe 11 : Partie « dépistage » du Mini-Nutritional Assessment (MNA)

Dépistage	
A Le patient présente-t-il une perte d'appétit? A-t-il mangé moins ces 3 derniers mois par manque d'appétit, problèmes digestifs, difficultés de mastication ou de déglutition? 0 = anorexie sévère 1 = anorexie modérée 2 = pas d'anorexie	A <input type="checkbox"/>
B Perte récente de poids (< 3 mois) 0 = perte de poids > 3 kg 1 = ne sait pas 2 = perte de poids entre 1 et 3 kg 3 = pas de perte de poids	B <input type="checkbox"/>
C Motricité 0 = du lit au fauteuil 1 = autonome à l'intérieur 2 = sort du domicile	C <input type="checkbox"/>
D Maladie aiguë ou stress psychologique lors des 3 derniers mois? 0 = oui 2 = non	D <input type="checkbox"/>
E Problèmes neuropsychologiques 0 = démence ou dépression sévère 1 = démence ou dépression modérée 2 = pas de problème psychologique	E <input type="checkbox"/>
F Indice de masse corporelle (IMC = poids / (taille) ² en kg/m ²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	F <input type="checkbox"/>
Score de dépistage (total)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

12-14 points : état nutritionnel normal

8-11 points : risque de malnutrition

0-7 points : malnutrition avérée

BIBLIOGRAPHIE

1. SFGG, HAS. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2009.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_793371/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees
2. Papon S, Beaumel C. Bilan démographique 2020 [Internet]. 2021 janv. (INSEE Première). Report No.: 1834.
Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5012724#titre-bloc-28>
3. ATIH. Analyse de l'activité hospitalière 2015 [Internet]. Lyon: Agence Technique de L'information sur l'Hospitalisation; 2016 oct.
Disponible sur : <https://www.atih.sante.fr/analyse-de-l-activite-hospitaliere-2015>
4. Bouvet M, Le Garrec M-A, Boisguérin B, Calvet L, Juillard-Condât B, Legal R, et al. Comptes nationaux de la santé 2012 [Internet]. 2013 déc p. 246. (Von Lenep F. Etudes et statistiques).
Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-statistiques-2006-2016/les-comptes-nationaux-de-la-sante-2012-edition-2013>
5. Beck F, Léon C, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France). Les comportements de santé des 55-85 ans: analyses du baromètre santé 2010. Saint-Denis, France: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES); 2014.
Disponible sur : <https://www.pourbienvieillir.fr/les-comportements-de-sante-des-55-85-ans-analyses-du-barometre-sante-2010>
6. Santé Publique France. Enquête Permanente sur les accidents de la vie courante : résultats 2017. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire; 2018 août.
Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/articles/enquete-permanente-sur-les-accidents-de-la-vie-courante-epac>
7. Gonthier R. Épidémiologie, morbidité, mortalité, coût pour la société et pour l'individu, principales causes de la chute. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. juin 2014;198(6):1025-39.
8. Thélot B, Lasbeur L, Pédrono G. La surveillance épidémiologique des chutes chez les personnes âgées. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(16-17):328-35.
Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/chute/documents/article/la-surveillance-epidemiologique-des-chutes-chez-les-personnes-agees>
9. Bloch F. Critical Falls: Why Remaining on the Ground After a Fall can be Dangerous, Whatever the Fall. J Am Geriatr Soc. juill 2012;60(7):1375-6.
10. Manckoundia P, Soungui EN, Tavernier-Vidal B, Mourey F. Syndrome de désadaptation psychomotrice. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. mars 2014;12(1):94-100.
11. Pédrono G, Bouilly M, Thélot B. Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC). Résultats 2010 en France métropolitaine [Internet]. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire; 2016.
Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/enquete-permanente-sur-les-accidents-de-la-vie-courante-epac-.resultats-2010-en-france-metropolitaine>

12. Dickes-Sotty H, Chevalet P, Fix M-H, Riaudel T, Serre-Sahel C, Ould-Aoudia V, et al. Six-months outcomes after admission in acute geriatric care unit secondary to a fall. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement*. 1 déc 2012;10(4):391-401.
13. Causes de décès des personnes âgées en 2016 : effectifs [Internet]. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE); 2019 août. (Causes de décès des personnes âgées).
Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2386247#tableau-figure1>
14. Dantoine T, Pele I, Meyer S, Tchalla A. Études médico-économiques et chutes graves du sujet âgé : quelle évaluation pour les nouvelles technologies appliquées à la prévention? Réflexions à partir de l'exemple des systèmes de Détection Systématique par Caméra Vidéo. Université de Limoges; 2016.
15. Allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016.
Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/apa-allocation-personnalisee-d-autonomie/article/allocation-personnalisee-d-autonomie-apa-a-domicile>
16. Société Française de Documentation et Recherche en Médecine Générale. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2005 nov.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_272503/fr/prevention-des-chutes-accidentelles-chez-la-personne-agee
17. Bourdessol H, Pin Le Corre S. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile : référentiel de bonnes pratiques [Internet]. Fournier V, éditeur. Saint-Denis: INPES; 2005. 156 p.
Disponible sur : <https://www.pourbienvieillir.fr/sites/default/files/830.pdf>
18. SFGG. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées : outil d'évaluation des pratiques [Internet]. 2009.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_outil_devaluation_des_pratiques.pdf
19. Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc*. janv 2011;59(1):148-57.
20. NICE. Falls in older people: assessing risk and prevention [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2013 juin. Report No.: 161.
Disponible sur : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161>
21. CNPP, HAS. Le pied de la personne âgée : approche médicale et prise en charge de pédicurie-podologie [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2020 nov.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_272462/fr/le-pied-de-la-personne-agee-approche-medicale-et-prise-en-charge-de-pedicurie-podologie
22. Séroussi B, Bouaud J. Systèmes informatiques d'aide à la décision en médecine : panorama des approches utilisant les données et les connaissances. *Pratique Neurologique - FMC*. déc 2014;5(4):303-16.

23. Hacquin L, Gherinick A, Robert-Tissot C. La Rémunération Sur Objectif de Santé Publique (ROSP) : bilan à 3 ans [Internet]. Caisse National de l'Assurance Maladie; 2015 avr.
Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Bilan_ROSP_2014-150427.pdf
24. Renaud-Salis J, Lagouarde P, Darmoni S. Etude des systèmes d'aide à la décision médicale. HAS; 2010 juill.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1021245/fr/systemes-informatiques-d-aide-a-la-decision-medecale
25. Daboul G. Le médecin généraliste au « tout numérique » : Bientôt une réalité ? [Thèse d'exercice]. Université Lille 2; 2015.
Disponible sur : <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/c0560463-760d-4121-826f-f9ab69b3849b>
26. Jeanmougin P. ANTIBIOCLIC : outil en ligne d'aide à la prescription antibiotique pour une antibiothérapie rationnelle en soins primaires. [Thèse d'exercice]. Université Paris Diderot - Paris 7; 2011.
Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3649_Jeanmougin_these.pdf
27. Maj CMA. Description des utilisateurs de l'outil d'aide à la prescription ANTIBIOCLIC® [Thèse d'exercice]. Université Paris Diderot - Paris 7; 2015.
Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/5021_MAJ-CHIARA_Antibiocllic.pdf
28. Ben Hamouda A. GESTACLIC : création et évaluation d'un site Internet d'aide au suivi de grossesse en médecine générale [Thèse d'exercice]. Université Paris Diderot - Paris 7; 2014.
Disponible sur : http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4701_BEN_HAMOUDA_these.pdf
29. Cleron B. Conception d'un outil Internet à l'usage des médecins généralistes pour la gestion des problèmes ophtalmologiques aigus: Ophtalmoclic.fr [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2017.
Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01563888/document>
30. Gemar T. Evaluation de la prise en charge des patients âgés chuteurs par les médecins généralistes de la métropole Lilloise et futures perspectives [Thèse d'exercice]. Université Lille 2; 2012.
Disponible sur : <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/7ceb6e3d-f275-48fb-af3f-35ae442f16>
31. Cairo M. Applicabilité des interventions proposées par la HAS permettant de prévenir les récurrences des chutes chez les plus de 65 ans en médecine de ville [Thèse d'exercice]. Université de Montpellier; 2016.
Disponible sur : https://ged.biu-montpellier.fr/florabium/servlet/DocumentFileManager?source=ged&document=ged:IDOCs:348034&resolution=MEDIUM&recordId=memoires%3ABIU_MEMOIRES%3A987&file=2016_Cairo_Mathilde.pdf
32. Dumay C. Prise en charge de la chute de la personne âgée : pratiques, vécu, difficultés des médecins généralistes et perspectives. [Thèse d'exercice]. Université Claude Bernard - Lyon 1; 2018.
Disponible sur : http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/f7ad59c9-a8c9-4339-9c05-7e95ff1f1c2e/blobholder:0/THm_2018_DUMAY_Constance.pdf

33. Houessou B. 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 [Thèse d'exercice]. Université Aix-Marseille; 2020.
Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03102263/document>
34. Sautier V. Prise en charge par les médecins généralistes des sujets âgés multi-chuteurs. Etude descriptive réalisée en Lorraine, Bourgogne et Champagne-Ardenne [Thèse d'exercice]. Université de Lorraine; 2013.
Disponible sur : http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2013_SAUTIER_VALERIE.pdf
35. Rasche P, Mertens A, Bröhl C, Theis S, Seinsch T, Wille M, et al. The "Aachen fall prevention App" – a Smartphone application app for the self-assessment of elderly patients at risk for ground level falls. *Patient Saf Surg.* déc 2017;11(1):14.
36. Hsieh KL, Fanning JT, Rogers WA, Wood TA, Sosnoff JJ. A Fall Risk mHealth App for Older Adults: Development and Usability Study. *JMIR Aging* [Internet]. 20 nov 2018 ;1(2).
Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6716481/>
37. National Council Of Aging (NCOA). Falls Prevention Awareness Week : impact report 2020 [Internet]. Arlington (Virginia, USA); 2021 avr.
Disponible sur : <https://www.ncoa.org/article/the-2020-falls-prevention-awareness-week-impact-report>
38. Rubenstein LZ, Vivrette R, Harker JO, Stevens JA, Kramer BJ. Validating an evidence-based, self-rated fall risk questionnaire (FRQ) for older adults. *J Safety Res.* déc 2011;42(6):493-9.
39. Treppoz H. LANTICHUTE – MSA : Logiciel d'Analyse et de Traitement Interne des Chutes en Etablissement [Mémoire]. Université René Descartes; 2008.
40. Bousquet T. « Lantichute-MSA », un outil qui tombe bien. *Bulletin d'Information de la MSA.* 2011;(115):9-11.
Disponible sur : https://www.asept-perigord-agenais.fr/lantichute-msa.html?file=files/perigord-agenais/lantichute-msa/LE_BIMSA.pdf
41. Stevens JA, Phelan EA. Development of STEADI: A Fall Prevention Resource for Health Care Providers. *Health Promot Pract.* sept 2013;14(5):706-14.
42. Sarmiento K, Lee R. STEADI: CDC's approach to make older adult fall prevention part of every primary care practice. *J Safety Res.* déc 2017;63:105-9.
43. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin. Colin A, éditeur. Paris; 2012. 424 p. (U).
Disponible sur : <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045.htm>
44. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 1 déc 2007;19(6):349-57.
45. Rapport de l'atelier 10 « hôpital et personnes âgées » [Internet]. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018 févr. (Grand âge et autonomie).
Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/autonomie/consultation-place-des-personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/article/concertation-nationale>

46. ONDPS. Personnes âgées poly-pathologiques - quels enjeux de démographie médicale [Internet]. Paris: Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé; 2019 déc.
Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/autres-travaux>
47. Tabue-Teguo M, Simo N, Gonzalez-Colaço Harmand M, Cesari M, Avila-Funes J-A, Féart C, et al. Fragilité de la personne âgée : mise au point. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 juin 2017;15(2):127-37.
48. Rodríguez-Mañas L, Féart C, Mann G, Viña J, Chatterji S, Chodzko-Zajko W, et al. Searching for an Operational Definition of Frailty: A Delphi Method Based Consensus Statement. The Frailty Operative Definition-Consensus Conference Project. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. janv 2013;68(1):62-7.
49. Blain H, Bloch F, Borel L, Dargent-Molina P, Gauvain JB, Hewson D, et al. Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées [Internet]. Paris: INSERM; 2015. (Les éditions INSERM).
Disponible sur : <https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/6806>
50. Maidan I, Freedman T, Tzemah R, Giladi N, Mirelman A, Hausdorff J. Introducing a new definition of a near fall: Intra-rater and inter-rater reliability. *Gait Posture*. janv 2014;39(1):10.1016/j.gaitpost.2013.07.123.
51. Collège National des Enseignants de Gériatrie. Gériatrie. 4e édition. Elsevier Elibrary; 2018. 360 p. (Les référentiels des collèges).
Disponible sur : <https://www.elsevierelibrary.fr/product/griatrie15187221>
52. George D. La chute d'origine mécanique existe-t-elle chez la personne âgée ? [Thèse d'exercice]. Université du Droit et de la Santé - Lille 2; 2013.
Disponible sur : <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/c09c378e-46f3-4eba-a58c-77c4143a02c5>
53. Sri-on J, Tirrell GP, Lipsitz LA, Liu SW. Is there such a thing as a mechanical fall? *Am J Emerg Med*. mars 2016;34(3):582-5.
54. El-Khoury F, Cassou B, Charles M-A, Dargent-Molina P. The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 29 oct 2013;347:f6234.
55. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 12 sept 2012;(9):CD007146.
56. Blain H, Bernard P-L. Partenariat Ville Equilibre Prévention des Chutes Autonomie / EPCA. 2020.
57. CHU Montpellier. Personnes âgées : les groupes d'activité physique fêtent leurs 4 ans à Montpellier [Internet]. CHU réseau : l'actu des CHU. 2016.
Disponible sur : <https://www.reseau-chu.org/article/personnes-agees-les-groupes-dactivite-physique-fetent-leurs-4-ans-a-montpellier/>

58. Balard F, Somme D. Faire que l'habitat reste ordinaire. Le maintien de l'autonomie des personnes âgées en situation complexe à domicile. Gerontologie et société. 18 avr 2011;34 / n°136(1):105-18.
59. SFGG. Dépression chez la personne âgée : repérer, évaluer, identifier les risques suicidaires et prendre en soins en EHPAD et établissement de santé [Internet]. 2013.
Disponible sur : http://www.mobiqua.org/depression/SOURCES/ETBS-PRESENTATION/PLAQUETTE_DEPRESSION_EHPAD.pdf
60. Berenbaum F, Rousière M. Ostéoporose, quand les os perdent en densité [Internet]. Inserm - La science pour la santé. 2017.
Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/osteoporose>
61. Briot K, Roux C, Thomas T, Blain H, Buchon D, Chapurlat R, et al. Actualisation 2018 des recommandations françaises du traitement de l'ostéoporose post-ménopausique. Revue du Rhumatisme. oct 2018;85(5):428-40.
62. HAS. Les médicaments de l'ostéoporose. Haute Autorité de Santé; 2019.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1751307/fr/les-medicaments-de-l-osteoporose
63. Demeocq T. Chute du sujet âgé: prévalence et parcours de soins en médecine générale: une étude transversale déclarative multicentrique [Thèse d'exercice]. [Grenoble] : Université Joseph Fourier; 2012.
Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00750318/document>
64. Dollard J, Barton C, Newbury J, Turnbull D. Falls in old age: a threat to identity. J Clin Nurs. sept 2012;21(17-18):2617-25.
65. Hanson HM, Salmoni AW, Doyle PC. Broadening our understanding: Approaching falls as a stigmatizing topic for older adults. Disability and Health Journal. 2009;2(1):36-44.
66. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES); 2019 mai. Report No.: 1113.
Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/deux-tiers-des-medecins-generalistes-liberaux-declarent-travailler>
67. Pariel S, Opéron C, Pequignot R, Konrat C, Léonardelli S, Belmin J. Syndromes démentiels du sujet âgé: démarches diagnostiques. Presse Médicale. 1 oct 2007;36:1442-52.
68. CNOM. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2021 [Internet]. Paris: Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2021 juill.
Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
69. HAS. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2015.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2028194/fr/prendre-en-charge-une-personne-agee-polypathologique-en-soins-primaires

70. HAS. Mode d'emploi du Plan Personnalisé de Santé (PPS) pour les personnes à risque de perte d'autonomie (PAERPA) [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2014.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1638463/fr/plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa?xtmc=&xtr=1
71. Cegedim-Activ, HAS. Systèmes informatiques d'Aide à la Décision Médicale. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé; 2010 juill.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1021245/fr/systemes-informatiques-d-aide-a-la-decision-medicale
72. Crampton NH, Reis S, Shachak A. Computers in the clinical encounter: a scoping review and thematic analysis. *J Am Med Inform Assoc.* mai 2016;23(3):654-65.
73. Staccini P. Chapitre 2 : travail collaboratif en santé, normes et technologies de l'interopérabilité [Internet]. Présentation universitaire; 2007; Université Nice-Sophia Antipolis.
Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/media/disquemiroir/2015-06-09/UNF3Smiroir/mae/c2i-2008/Nice_STACCINI_Pascal_P02/STACCINI_Pascal_P02.pdf
74. ANS. Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé [Internet]. Agence du Numérique en Santé.
Disponible sur : <https://esante.gouv.fr/interoperabilite/ci-sis>
75. HAS. Évaluation de la qualité des sites e-santé et de la qualité de l'information de santé diffusée sur Internet. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé; 2017.
Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/evaluation_qualite_site_sante_Internet.pdf
76. Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) (Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE) [Internet]. OJ L, 32016R0679 mai 4, 2016.
Disponible sur : <http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj/fra>
77. CNOM, CNIL. Guide pratique sur la protection des données personnelles [Internet]. 2018 [cité 28 juill 2021].
Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/proteger-donnees-sante>
78. CNIL. Sécurité : Sécuriser les sites web [Internet]. 2018 [cité 28 juill 2021].
Disponible sur : <https://www.cnil.fr/fr/securite-securiser-les-sites-web>
79. Barry E, Galvin R, Keogh C, Horgan F, Fahey T. Is the Timed Up and Go test a useful predictor of risk of falls in community dwelling older adults: a systematic review and meta- analysis. *BMC Geriatrics.* 1 févr 2014;14(1):14.
80. Podsiadlo D, Richardson S. The timed « Up & Go »: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc.* févr 1991;39(2):142-8.
81. Belmin J, Pariel-Madjlessi S, Surun P, Bentot C, Feteanu D, Lefebvre des Noettes V, et al. The cognitive disorders examination (Codex) is a reliable 3-minute test for detection of dementia in the elderly (validation study on 323 subjects). *Presse Med.* sept 2007;36(9 Pt 1):1183-90.

82. O'Mahony D. STOPP/START criteria for potentially inappropriate medications/potential prescribing omissions in older people: origin and progress. *Expert Rev Clin Pharmacol.* janv 2020;13(1):15-22.
83. NICE. Multimorbidity: clinical assessment and management [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2016 sept. Report No.: 56.
Disponible sur : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56>
84. Frey-Geoffret A. Critères STOPP/START version 2 : étude de faisabilité de l'utilisation d'une version informatisée en médecine générale [Internet]. Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines; 2016.
Disponible sur : http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/1330/fichier_these_anne_frey66bcc.pdf
85. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing.* mars 2015;44(2):213-8.
86. Lang PO, Dramé M, Guignard B, Mahmoudi R, Payot I, Latour J, et al. Les critères STOPP/START.v2 : adaptation en langue française. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie.* 1 déc 2015;15(90):323-36.
87. Vries M de, Seppala LJ, Daams JG, Glind EMM van de, Masud T, Velde N van der, et al. Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis: I. Cardiovascular Drugs. *Journal of the American Medical Directors Association.* 1 avr 2018;19(4):371.e1-371.e9.
88. Seppala LJ, Wermelink AMAT, de Vries M, Ploegmakers KJ, van de Glind EMM, Daams JG, et al. Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-Analysis: II. Psychotropics. *J Am Med Dir Assoc.* avr 2018;19(4):371.e11-371.e17.
89. Seppala LJ, Glind EMM van de, Daams JG, Ploegmakers KJ, Vries M de, Wermelink AMAT, et al. Fall-Risk-Increasing Drugs: A Systematic Review and Meta-analysis: III. Others. *Journal of the American Medical Directors Association.* 1 avr 2018;19(4):372.e1-372.e8.

SERMENT D'HIPPOCRATE

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RÉSUMÉ

Introduction :

La prévention des chutes du sujet âgé de plus de 65 ans est un enjeu de santé publique. Malgré les recommandations, la prise en charge en médecine générale reste complexe. Si de nombreux systèmes d'aide à la décision médicale guident la pratique médicale quotidienne, il n'existe pas à ce jour d'outil informatique d'aide à la prise en charge des sujets âgés chuteurs en médecine générale.

Objectifs :

L'objectif principal de ce travail était d'explorer les pratiques des médecins généralistes confrontés aux sujets âgés chuteurs afin de dégager leurs intérêts et attentes dans la conception d'un outil informatique d'aide à la prise en charge en consultation.

L'objectif secondaire était d'élaborer l'ébauche d'un cahier des charges de l'outil imaginé.

Matériels et méthode :

A travers une étude qualitative compréhensive par entretiens semi-dirigés analysés de manière thématique, les propos de sept médecins généralistes en Occitanie ont été recueillis entre le 07/12/2020 et le 16/07/2021.

Résultats :

Les médecins interrogés ont estimé la prise en charge médicale complexe et chronophage. Ils se sont montrés favorables à l'utilisation d'un outil informatique s'il leur permet d'obtenir simplement et rapidement une aide diagnostique et thérapeutique. L'outil pourrait alors prendre la forme d'un site Internet à la fois interactif via des logigrammes, et informatif via des rubriques thématiques.

Conclusion :

Sept médecins généralistes confrontés aux nombreux freins entravant la gestion des chutes répétées du sujet âgé ont imaginé un outil informatique d'aide à la prise en charge en consultation. Une ébauche de cahier des charges d'un site Internet interactif et informatif a pu être produite. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour l'élaboration de l'outil et l'évaluation de son acceptabilité en pratique quotidienne.

Mots clés : médecine générale ; sujets âgés ; chute ; système d'aide à la décision médicale