



HAL
open science

L'expérience des médecins généralistes gardois dans la prise en charge des chutes chez leurs patients âgés

Marion Marques

► To cite this version:

Marion Marques. L'expérience des médecins généralistes gardois dans la prise en charge des chutes chez leurs patients âgés. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03475308

HAL Id: dumas-03475308

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03475308>

Submitted on 10 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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Marion MARQUES

Le 25 Novembre 2021

TITRE

**L'EXPERIENCE DES MEDECINS GENERALISTES GARDOIS DANS LA
PRISE EN CHARGE DES CHUTES CHEZ LEURS PATIENTS AGES.**

Directeur de thèse : Docteur SAGUY Hermine

JURY

Président : Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL

Assesseur : Monsieur le Professeur Marc GARCIA

Assesseur : Monsieur le Docteur Philippe SERAYET

Assesseur : Madame le Docteur Hermine SAGUY

Membre invité : Monsieur le Docteur Cédric LE GUILLOU

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par

Marion MARQUES

Le 25 Novembre 2021

TITRE

**L'EXPERIENCE DES MEDECINS GENERALISTES GARDOIS DANS LA
PRISE EN CHARGE DES CHUTES CHEZ LEURS PATIENTS AGES.**

Directeur de thèse : Docteur SAGUY Hermine

JURY

Président : Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL

Assesseur : Monsieur le Professeur Marc GARCIA

Assesseur : Monsieur le Docteur Philippe SERAYET

Assesseur : Madame le Docteur Hermine SAGUY

Membre invité : Monsieur le Docteur Cédric LE GUILLOU

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

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

Professeurs Emérites

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

Docteurs Emérites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	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 et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
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	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
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 et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
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 Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle	Génétique
VANDE PERRE Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc	Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; addictologie
BLANC Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric	Chirurgie viscérale et digestive
BOURDIN Amaud	Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles	Pédiatrie
CAMU William	Neurologie
CANOVAS François	Anatomie
CAPTIER Guillaume	Anatomie
CARTRON Guillaume	Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume	Cardiologie
CHANQUES Gérald	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre	Immunologie
COULET Bertrand	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DADURE Christophe	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves	Physiologie
DE TAYRAC Renaud	Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John	Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de 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	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING 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 viscérale et digestive
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	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie 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	Ophthalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
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, brûlologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
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 Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie



SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophthalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

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

MCU-PH Hors classe

BADIOU 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	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} 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
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie 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
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
 <u>MCU-PH de 2^{ème} classe</u>	
BERGOUGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
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
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maitres 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 Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, 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

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUROUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Maliha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe



MORAU Estelle	SEGURET Fabienne
MOSER Camille	SENESSE Pierre
MOUSTY Eve	SKALLI El Medhi
MOUTERDE Gaël	SOLA Christelle
PANSARD Nicole	SOULLIER Camille
PERNIN Vincent	STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAULT Pierre François	TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine	THIRION Marina
PICARD Eric	VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine	VERNES Eric
PIERONI Laurence	VINCENT Laure
POQUET Héléne	WAGNER Laurent
PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
PUPIER Florence	
QUANTIN Xavier	
RAFFARD Laurence	
RAPIDO Francesca	
RIBRAULT Alice	
RICHAUD-MOREL Brigitte	
RIDOLFO Jérôme	
RIPART Sylvie	
RONGIERES Michel	
ROULET Agnès	
RUBENOVITCH Josh	
SANTONI Fannie	
SASSO Milène	
SCHULDINER Sophie	

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier mon jury :

Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse, merci pour votre bienveillance au moment du choix de stages de médecine générale. Je vous dois un profond respect et une immense reconnaissance.

Monsieur le Professeur Marc GARCIA, je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury et de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail. Vous avez également été le premier à me faire découvrir la médecine générale au travers d'un stage court mais très intense alors que j'étais une jeune externe en 4^{ème} année. Pour tout cela, vous avez ma plus grande gratitude.

Monsieur le Docteur Philippe SERAYET, je vous remercie d'avoir accepté si spontanément d'être membre de ce jury. Merci pour votre bonne humeur communicative lors des cours théoriques à la faculté.

Monsieur le Docteur Cédric LE GUILLOU, je te remercie pour ton avis spécialisé sur le sujet, et pour ton jugement plus général. Merci de m'avoir donné le goût de la gériatrie et de cette prise en charge globale du sujet âgé. Merci pour ton soutien inébranlable lors de ces astreintes de week-end parfois interminables et pour la confiance que tu as su m'accorder. Pour tout cela je te remercie du fond du cœur.

Enfin je tiens à remercier ma directrice de thèse, Madame le Docteur Hermine SAGUY, sans qui tout ce travail n'aurait jamais pu aboutir. Merci pour ton écoute, tes conseils avisés, ta motivation sans faille, ne laissant jamais place au doute qui est une véritable bouffée d'oxygène et un vrai shoot d'énergie positive lors des moments les plus difficiles.

Je te suis reconnaissante pour ton aide méthodologique qui m'a permis d'aller au bout de ce travail sereinement.

Merci à tous les praticiens qui m'ont permis de réaliser ce travail. Merci de m'avoir accordé de votre temps et de m'avoir partagé votre expérience.

Ensuite je tiens tout d'abord à remercier mes deux étoiles :

À mon papa, celui qui m'a donné le gout d'apprendre et la volonté de toujours donner le meilleur de moi-même. Celui qui m'a appris la persévérance et a donné tout son sens à l'expression « la vie est un combat ».

Qui n'est malheureusement plus là depuis 15 ans maintenant, mais je sais que de là-haut tu veilles sur moi.

A ma maman, celle qui m'a transmis sa volonté de fer et toute sa bienveillance. Celle qui m'a soutenue durant ces 2 premières années difficiles, qui m'a accompagnée le jour du concours et a été là dans mes pires moments de doute, comme dans ceux de grande joie.

Me savoir admise en 2ème année a été un véritable soulagement pour toi et tu as pu enfin partir sereine. Je sais qu'avec papa vous êtes mes anges gardiens.

Merci de m'avoir transmis votre force, d'avoir cru en moi depuis toute petite et de m'avoir poussée dans cette voie qu'est la médecine.

Je n'ai pas assez de mot pour vous remercier, cette thèse c'est aussi pour vous que je l'ai faite. J'aurais tant aimé vous avoir à mes côtés.

Merci à ma famille :

A ma petite fille Mélia. Mon petit boucan d'amour ! Ma source d'énergie ! Mon oxygène. Merci d'être une petite fille exceptionnelle et de me rendre fière de toi de jour en jour. Merci de m'avoir fait évoluer et de me permettre de m'épanouir tous les jours à tes côtés. Mais ne grandit pas trop vite...

A mon amoureux, Zac. Celui qui a tout connu de ma vie, qui est là depuis le début et depuis les pires moments de ma vie. Tu es un papa formidable pour Mélia et un soutien sans faille. Je te l'ai déjà dit, tu es ma béquille, celui en qui j'ai une entière confiance. Merci de me supporter au quotidien car c'est vrai que (surtout ces derniers temps) c'était pas facile tous les jours !

A ma tante Sandrine, ma maman de substitution depuis la disparition de la mienne. Merci d'avoir su éponger mes chamboulements émotionnels, merci d'avoir été là cette fameuse soirée de la salade de pâtes à 1 mois de l'ECN... Non mais quand j'y repense... J'ai vraiment un sacré caractère... Merci d'être une tatie formidable pour Mélia et d'être toujours là pour moi. A mon cousin Loïc et ma cousine Eva, ma fratrie, ne changez pas.

A ma cousine Fanny, son compagnon Ludo et mon filleul Axel. La Team du 05, merci de votre soutien et de votre présence. A très vite sur les pistes et pour manger des tourtons ! Et vivement

que vous achetiez votre maison de vacances à Milhaud ! Mélia attend son panier garnis de fromages de tonton Lulu ! Merci également à ma tante Gisèle qui, même de loin, m'a apporté tout son soutien avec ses paroles rassurantes. Vivement les vacances à Saint Léger !

A ma tante Ariane, son mari Patrick et ma cousine Laura. Merci pour votre présence à mes côtés depuis toutes ces années et pour tout ce que vous faites pour Mélia.

A ma cousine Jenni, mon quart de sang, son compagnon Fabien, mon filleul Guilhem et mon neveu Jonas. Vous avez su être présents et disponibles toutes ces années. Et je vous en serai éternellement reconnaissante. Les années défilent tellement vite, il faut vite se retrouver du temps. Mélia a déjà mis ses bottes pour aller aux chevaux !

A la sœur que je n'ai jamais eue, mon amie Anne-Sophie, son compagnon Benoit, ma filleule Elyna et son petit dernier Manel. Tu es présente depuis des années malgré les événements de vie, l'amitié qui nous lie reste infaillible. Reste la femme ambitieuse que tu es et prend bien soin de ta petite famille. Et merci d'être au moins aussi caractérielle que moi ce qui me déculpabilise un peu de l'être !

A mon cousin Nanou, qui même à 900km, en pleine Moselle, a toujours une pensée pour moi. Loin des yeux mais pas loin du cœur. Vite qu'on puisse se retrouver et que je te présente à toi et au reste des cousins ma petite famille.

A Sandrine et Valérie. Merci pour votre soutien et vos encouragements. Cela me touche.

Enfin à mes grands-parents, André, Marcel, Ginette et Esperance, qui, après le décès de mes parents ont su prendre soin de moi. Merci à vous aussi mes étoiles.

Merci à ceux qui représentent bien plus que des amis :

Merci à ma bande de supers nanas

A mon amie Delphine, celle qui me connaît depuis le CP. Une amitié de longue date qui vieillit avec nous. Même expatrié à Marseille tu es toujours là. Prends bien soin de ton mari Rémy et de ta petite puce Chloé. Il me tarde de voir nos 2 filles grandir ensemble et tisser elles aussi une belle amitié.

A mon amie Dorine, et son amoureux Simon. Merci Dodo d'être la nana la plus spontanée que je connaisse. Tu nous en auras fait vivre des choses ! Vivement 2022 pour voir votre petit baby boy ! Encore toutes mes félicitations à tous les 2, c'est que du bonheur !

A mon amie Faustine, ma Fifo, merci de ton soutien depuis toutes ces années. Depuis nos premières fêtes votives, il y a plus de 10ans jusqu'à ce jour. Crois en la vie ma Fifo, elle réserve bien des surprises.

A mon amie Justine, ma Chou ! Merci d'être mon amie depuis tout ce temps. Je t'ai pas dit mais tu es un peu ma psychologue mensuelle à l'occasion de la couleur ! Reste cette femme forte et indépendante. Tu peux toi aussi être fière de ton parcours.

A mon amie Marine. C'est un peu grâce à toi si j'ai ma petite famille. Toi qui as joué l'entremetteuse il y a des années dans la cour de Feuchères. Merci à toi pour ton soutien depuis toutes ces années.

A mon amie Mélanie. Merci pour toutes ces innombrables parties de rire. Toutes ces anecdotes qui me font encore mourir de rire quand j'y repense. Et merci d'immortaliser tout ça à chaque fois !

Sans oublier Micky ! Le Charly de ces drôles de Dames ! Merci amigo pour ta bonne humeur. Je te souhaite beaucoup de bonheur avec Tiphaine. Tu le mérites tant !

Merci à Freddy, Sabine et leur petite Lou. Profitez de ce petit bonheur.

Merci à Samuel et Mélissa. Merci d'avoir été là durant ces années d'internat. Vous formez une magnifique famille avec votre petit bonheur Estéban ! Vivement un prochain repas pour refaire le monde avec Mélissa pendant que nos garçons jouent à la Play ! Mais qui sont les enfants au final ?

Merci à Benji et Nassim, nos supers colocataires des soirs de match.

Merci à Matt et Vanille. Je vous souhaite tellement de bonheur dans votre future maison !

Merci à notre Coco international ! Un homme plein d'ambition et de bêtises ! Quand tu veux pour un nouveau test antigénique !

Merci à Romu et Alex et leur jolie petite famille.

A toute l'équipe de CARGLASS Nîmes, merci de me faire bien rire à chaque fois que je passe voir Zac. Surtout ne changez rien !

Je remercie tous les amis que la médecine m'a donné :

Mon amie Elvira. Ma Bubu, celle qui ouvre très souvent pour moi le bureau des doléances ! Mon dieu quel soutien tu as été durant toutes ces années d'externat et d'internat mais surtout durant ces dernières semaines pour cette thèse et ta relecture ! Ces heures passées au téléphone à refaire la médecine et à discuter de nos aventures ! Il n'existe pas de mot assez fort pour te dire toute ma gratitude. Tu es tellement plus qu'une amie pour moi. Une véritable sœur de cœur. On t'attend quand tu veux, à la maison, pour « passer faire coucou » comme tu dis !

Mon amie Violaine. Ma viovio, que de souvenirs de ces années d'externat à passer des soirées et des week-end à réviser et sous-coller chez Migoule en habits de lumière. Tu es un exemple de réussite, et je souhaite que tout se concrétise pour toi dans ta nouvelle vie Perpignanaise !

Mon amie Alix. Alixou, un exemple de persévérance ! Bravo pour ton parcours où tu as su tout quitter pour devenir une super chirurgienne ! Je me souviens encore de ces moments à manger des sushis dans ce mini appartement au fond de cette cours sombre ! J'espère qu'on se reverra bientôt et je te souhaite plein de bonheur dans ta nouvelle vie de propriétaire avec ton amoureux. Tu le mérites !

Hermine, qui en plus de me faire l'honneur d'être ma directrice et aussi une amie qui a tout mon respect. Depuis la team Euzébynette de Bagnols à cette thèse, notre vie a bien évolué. Je reste admirative de la façon dont tu gères avec brio ta vie professionnelle et familiale. Tu es un exemple de réussite et je ne te remercierai jamais assez pour toute l'aide que tu m'as apportée.

Rémi. Rémichou le fraté ! Oh fatch, que le temps passe ! L'externat n'aurait vraiment pas été le même sans toi. Que de moments de rigolade à la fac ! Bravo pour ta réussite et vivement qu'on se retrouve autour d'une bonne raclette, car on le sait bien il n'y a pas de saison pour en manger !

Jenni. Merci pour toute la bienveillance, et ta positive attitude !

Anissa, Elicia, Elisabeth, je vous souhaite de vous épanouir dans vos vies professionnelles et dans cette nouvelle vie de maman que vous êtes en train de découvrir. Vous verrez c'est la meilleure des réussites.

Morgane. Un petit bout de femme riche en joie de vivre et pleine de folie ! A nos soirées où nous étions VP soirée ! Ça c'était une belle aventure !

Aurélie. Une maman géniale avec qui je prends vraiment plaisir à échanger nos péripéties de maman. Tu as su te créer ton cocoon avec ta petite coccinelle Elena, et c'est le plus important. Faudra qu'on reprenne nos discussions, on a du retard à rattraper !

Alice. Et nos trajets en voiture pour aller en cours à Montpellier durant cette première année d'internat ! Prend soin de ta petite famille et de ta jolie petite Louise.

Estelle. Et nos 6 mois de gynéco/ped au CHU. 6 mois de galères mais 6 mois de bons souvenirs !

Sophie M. Et nos semaines de remplacement au cabinet des amazones. Plein de bonheur à tous les 3 avec François et votre petit Léandre.

Laure. Merci pour ta spontanéité et ta bonne humeur. Profite bien de ta petite Jade.

Les deux Euzébynettes restantes, Claire et Mathilde ! Merci pour ces 6 premiers mois d'internat à la villa Euzéby à Bagnols. Pour ces petits repas dans cette cuisine/salon/salle à manger. Ces 6 premiers mois d'internat n'auraient pas eu la même saveur sans vous !

Martin, mon premier co-interne et à nos (très) nombreuses heures de galère en Médecine A2. Heureusement qu'on avait du chocolat (et du café !) pour tenir le choc !

Enfin à tous mes co-internes. Merci !

Merci à tous les praticiens hospitaliers et libéraux qui ont pris le temps de me former au cours de mes différents stages d'externat et d'internat :

Au service de médecine A2 et au Dr BOUTET. Merci de m'avoir donné confiance en moi.

Au service de pédiatrie et de gynécologie du CHU de Nîmes. Merci pour tous vos conseils et votre gentillesse.

Au service des urgences du CHU de Nîmes, c'était 6 mois intenses, mais cela permet aussi de comprendre l'envers du décor.

Au Docteur ZERBIB. Karen, merci d'avoir contribué à cet engouement pour la médecine générale et la gériatrie. Merci pour toute ta sagesse.

Au Docteur Dufour, au Docteur KERJEAN, au Docteur BASTIDE. Merci de m'avoir accueilli lors de mon SASPAS.

Au Docteur BROSSON, merci de m'avoir fait connaître la PMI et d'avoir participer à mon perfectionnement en pédiatrie.

Au Docteur FESNAUD, merci de m'avoir réconcilié avec la dermatologie.

Au Docteur RUBINI, merci pour ta gentillesse et les quizz ECG.

Au cabinet médical des amazones :

Au Docteur ARTAUD. Lucie, celle qui était initialement mon maître de stage universitaire, ma formatrice mais qui est devenu mon amie et ma future collaboratrice. Merci pour ton extrême gentillesse et ton soutien depuis toutes ces années. Merci de m'avoir transmis tes connaissances et

ton amour pour la médecine générale, de m'avoir montré toutes les possibilités d'exercices qui s'offrent à moi (et pas que du renouvellement). Pour tout cela et bien plus encore MERCI !

Je viens grossir les rangs du cabinet pour que tu prennes aussi du temps pour toi. Car un bon médecin est un médecin qui prend du temps pour lui (ça ne te rappelle rien ?)

Au Docteur DIDIERJEAN. Mick, heureusement que tu es là pour apporter la juste dose de testostérone dans ce cabinet de nanas ! Merci pour ton pragmatisme et tes conseils toujours pondérés et réfléchis. Promis en janvier on cachera mieux les bonbons et le chocolat !

Au futur Docteur GUILLAUME. Marion, une jolie rencontre. Tu es une personne admirable, remplie de gentillesse et de sagesse. On forme un beau binôme quand on est toutes les 2. Toujours partante pour un petit burger entre 12h et 14h. Vivement qu'on fasse venir le coach pour éliminer tout cela.

A nos supers secrétaires : Elodie, merci pour ton aide au quotidien au cabinet, ton professionnalisme et ta bonne humeur. Merci de nous chouchouter quand c'est vraiment la course, pour tout cela merci à toi.

Et Eva, notre jeune recrue. Merci pour ton professionnalisme également et ta patience avec les patients.

Une pensée particulière au service de médecine gériatrique du CHU de Nîmes qui m'a conforté dans cette voie de la gériatrie et m'a fait aimer cette discipline !

A tout le personnel médical :

Au Docteur BELL. Ariane je ne te remercierai jamais assez pour toutes les connaissances que tu m'as apportés et la confiance que tu m'as portée.

Au Docteur GERONIMI. Laetitia, merci de m'avoir appris la rigueur qui est aujourd'hui une des bases solides de ma pratique médicale.

Au Docteur ANTOINE. Valéry, merci pour tout. Et c'est sûr que je ne vois plus les ionogrammes sanguins comme avant depuis mon passage dans ton secteur !

Au Docteur DI CASTRI. Alberto merci ta disponibilité et de ton écoute lors des week-end d'astreinte. Et merci pour les petits-déjeunés !

Merci aux super infirmières et aides-soignantes. Merci d'avoir rendu ces 6mois uniques.

Pour finir, à tous du fond du cœur

MERCI...

LISTE DES ABREVIATIONS

AcVC : Accident de la Vie Courante

APA : Allocation Personnalisée pour l'Autonomie

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse primaire d'Assurance Maladie.

DU : Diplôme Universitaire

EGERI : Équipe Gériatrique de Réinsertion et d'Intervention

EPAC : Enquête Permanente sur les Accidents de la Vie Courante

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmière Diplômée d'État

IME : Institut Médico-Éducatif

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

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

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

MMG : Maison Médicale de Garde

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelles

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

VAD : Visite à Domicile

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	30
II. MATERIEL ET METHODE	33
A. Étude qualitative	33
B. Constitution de l'échantillon	33
1. Population étudiée	33
2. Éthique	34
3. Recrutement	34
C. Recueil de données	35
1. Guide d'entretien	35
a) Définition : question ouverte, nombre de question, sous-question	35
b) Évolution du guide d'entretien	35
2. Entretiens	36
a) L'entretien semi-dirigé	36
b) Condition de réalisation	36
3. Période de recueil	37
4. Retranscription des entretiens et anonymisation des données	38
5. Saturation des données	38
6. Validation des résultats	38
D. Analyse de données : Une approche Sémiopragmatique	39
III. RESULTATS	41
A. Population étudiée	41
1. Caractéristiques standards des participants	41
2. Caractéristiques pertinentes des participants	42
B. La chute, deux conceptions diamétralement opposées pour le patient et le médecin	44
1. Chuter, un évènement préoccupant et moins anodin qu'il n'y paraît pour le médecin généraliste, aux multiples origines et conséquences, associé à une emprise émotionnelle forte et ambivalente.	44
2. La chute, épisode entraînant une remise en question du médecin généraliste vis-à-vis de son travail	45
3. Avoir de l'expérience et se former permet d'étoffer ses connaissances et d'améliorer la prise en charge des patients gériatriques	46
4. Les difficultés rencontrées par le médecin généraliste impactant la prise en charge du patient chuteur.	47
5. La singularité des patients complique la prise en charge des chutes	49
6. La chute comme élément déclenchant une prise de conscience pour le patient dans de rares cas	51
7. Avoir un entourage de qualité est une aide précieuse autant pour le patient que pour le médecin	51
C. La chute : un révélateur des atouts et des limites de la relation médecin/malade.	53
1. Être médecin traitant, un atout soumis à quelques inconvénients	53
2. Instaurer une relation de confiance pour trouver le bon moment et diffuser un discours clair et répétitif de prévention en respectant le rythme du patient et ses connaissances.	54
3. La chute : le moment pour parler de l'avenir en se donnant les moyens de rester au domicile autant que possible.	56
4. Cas particuliers des patients chuteurs en EHPAD	57
D. La complexité de la prise en charge ambulatoire de la chute c'est sa globalité !	58
1. La chute comme motif de consultation dans le suivi complexe du patient âgé	58
2. La chute entraîne une prise en charge médico-sociale vécue comme rébarbative par le médecin généraliste et une mise en place longue d'aides sociales et techniques indispensables mais nécessitant une observance rigoureuse.	59
3. Avoir des organismes de gestion sociale est une aide précieuse car connaître les différents dispositifs d'aides sociales existantes est difficile pour le médecin généraliste, surtout s'il est nouvellement installé	61
4. Un abandon progressif des visites à domicile pourtant essentielles pour des consultations plus confortables au cabinet mais ne reflétant pas la réalité du patient	61

5.	Travailler en équipe et avoir un réseau de soins riche et diversifié sont des aides précieuses mais qui possèdent certaines limites.	63
6.	Le recours aux équipes spécialisées reste inconstant, souvent méconnu et peu attractif du fait de délais de consultation très longs.	64
IV.	DISCUSSION	67
A.	Principaux résultats obtenus	67
B.	Forces de l'étude	69
1.	Un sujet d'actualité avec un impact important en santé publique	69
2.	Un sujet vaste qui ouvre sur de nombreuses autres problématiques que celle étudiée.	69
3.	L'avantage du choix de la méthode qualitative	69
4.	Une retranscription rapide	70
C.	Faiblesse de cette étude	70
1.	Biais de recrutement	70
2.	La méconnaissance de la méthode qualitative pour certains médecins	70
3.	La communication non verbale peu étudiée	71
D.	Confrontation à la littérature.	71
V.	CONCLUSION	74
	BIBLIOGRAPHIE	75
	ANNEXE	77
	SERMENT D'HIPPOCRATE	81
	RESUME	82

I. INTRODUCTION

Selon les dernières données de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), au 1er janvier 2021, la France compte 67,407 millions d'habitants (1). Les personnes âgées d'au moins 65 ans représentent 20,7% de la population(2) et cette catégorie s'est majorée de 4,7 points en 20 ans (3) . Le vieillissement de la population s'accélère depuis 2011, avec l'arrivée à 65 ans des générations issues du baby-boom d'après-guerre et d'après les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2050, la population des plus de 60ans, sera multipliée par deux (4). Cependant, allongement de l'espérance de vie n'est pas forcément synonyme de bonne santé.

En effet, le vieillissement expose chaque individu à développer des déficiences sensorielles, motrices ou cognitives pouvant être intriquées avec des pathologies chroniques.

Cela constitue la fragilité qui peut être définie par la diminution des capacités physiologiques de réserve de l'organisme permettant à celui-ci de pallier à une situation de stress. Elle s'associe à un risque augmenté de décompensation, et la chute en est une des conséquences(5).

On considère comme chute depuis 2006, toute « perte brutale et totalement accidentelle de l'équilibre postural lors de la marche ou de la réalisation de toute autre activité et faisant tomber la personne sur le sol ou toute autre surface plus basse que celle où elle se trouvait » (6).

Pour l'OMS, une chute désigne « tout évènement au cours duquel une personne est brusquement contrainte de prendre involontairement appui sur le sol, un plancher ou toute autre surface située à un niveau inférieur » (7).

Toujours selon l'OMS, les chutes sont la deuxième cause de décès accidentel ou par traumatisme involontaire dans le monde. On enregistre chaque année dans le monde, 37,3 millions de chutes suffisamment grave pour nécessiter des soins médicaux et 646000 personnes en décèdent. Les personnes qui font le plus grand nombre de chutes mortelles sont les personnes de plus de 65ans (8).

Devant cette grande prévalence, les chutes chez les personnes de plus de 65ans ont fait, depuis des années, l'objet de diverses publications scientifiques, toutes ayant pour principal but de diminuer leur incidence :

- L'OMS dans son rapport mondial sur le vieillissement et la santé en 2016 (9)

- L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) dans son expertise collective de 2014 sur l'activité physique et la prévention des chutes chez la personne âgée(10)
- La Haute Autorité de Santé (HAS) nous donnant des recommandations de bonnes pratiques en 2009(11) et 2005.(12)

Dans un bulletin annuel intitulé l'Enquête Permanente sur les Accidents de la Vie Courante (EPAC), les épidémiologistes de Santé Publique France retranscrivent un enregistrement permanent et exhaustif des recours aux urgences pour accident de la vie courante (AcVC) avec des données concernant la personne accidentée (âge, sexe, lieu de résidence, profil social), sa prise en charge (date et heure d'arrivée aux urgences, traitement, hospitalisation éventuelle), les caractéristiques de l'accident (mécanisme, lieu, activité, type de lésion, partie du corps lésée) et les produits (agents, éléments) impliqués dans l'accident.

L'EPAC de 2010 rapportait pas moins de 124123 passages/an aux urgences, dont 17365 uniquement pour les plus de 65ans, soit 13,9%.

On compte 68033 patients admis pour chute, soit plus de la moitié des motifs d'admission (58,4%). Chez les personnes de plus de 65 ans, 70,7% des motifs d'admission sont des chutes. Ce chiffre se majore à partir de 70 ans pour passer à 78,3% et après 75 ans, 9 consultations sur 10 sont en rapport avec une chute.

Cependant les derniers relevés de 2017 montrent que, malgré les diverses publications scientifiques citées plus haut et les campagnes de prévention qui ont pu en découler, le nombre de consultation pour chute, auprès des services d'urgences est globalement stable.

Ainsi, d'après le rapport de 2017, on recense un total de 122 083 passages aux urgences, dont 18636 uniquement pour les plus de 65ans, soit 15,26%

Le nombre d'admission pour chute a baissé, 62316 patients ont été admis, soit 54%.

Une baisse relative pour les plus de 65ans et les plus de 70 ans avec respectivement 67,2% et 73,5% des motifs d'admission.

Malgré tout, le chiffre est stable pour les plus de 75 ans (89,2%).(13)

Mais tirer des conclusions de ces chiffres nous donne une information incomplète sur l'incidence totale des chutes chez les personnes âgées.

En effet, l'EPAC ne prend pas en compte le secteur ambulatoire, bon nombre de patients chuteurs ne consultent pas auprès des services d'accueil des urgences des centres hospitaliers, ils se rendront

volontiers chez leur médecin traitant, et ce d'autant plus que la chute n'a pas occasionné de séquelles.

Dans ce contexte, il semble donc licite d'explorer le secteur ambulatoire afin de permettre une interprétation et analyse globale du sujet en se demandant quelle est l'expérience des médecins généralistes dans la prise en charge des chutes chez leurs patients âgés ?

Nous avons donc interrogé des médecins afin de recueillir leur expérience vis-à-vis de la prévention des chutes chez leurs patients âgés. Pour cela, nous avons mené une étude qualitative auprès des médecins généralistes installés dans le Gard.

II. MATERIEL ET METHODE

A. Étude qualitative

Initialement employée en sciences humaines et sociales, la recherche qualitative, depuis quelques années, est de plus en plus utilisée dans le domaine de la santé car elle est particulièrement appropriée lorsque les facteurs étudiés sont subjectifs et donc difficilement mesurables comme les aspects relationnels des soins.

Souvent définie en référence ou en opposition avec la recherche quantitative, cette méthode se révèle complémentaire aux travaux quantitatifs car elle n'étudie pas les mêmes champs de la connaissance.

Les études qualitatives ne cherchent pas à mesurer ni à quantifier, elles permettent d'explorer de nombreux facteurs subjectifs comme les émotions, les sentiments, les comportements et expériences personnelles et peut contribuer à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets.

Par son approche compréhensive, la recherche qualitative permet « d'explorer le lien entre la « vraie vie » du clinicien et la « science dure » ». (14)

Elle permettrait de trouver des axes de recherches non envisagés jusqu'à présent et de nous apporter un regard nouveau. La vision humaniste qu'apporte la recherche qualitative, sur ce concept de chute chez la personne âgée déjà multi-étudié. (8)

B. Constitution de l'échantillon

1. Population étudiée

Pour cette étude nous avons choisi d'étudier les médecins généralistes installés, remplaçants ou retraités, inscrit au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) du Gard et ayant une activité libérale ou salariale.

Afin d'obtenir un échantillon riche et diversifié, certains critères nous ont semblé essentiels notamment :

- Être d'âge et de sexe différents.
- Exercer dans des zones géographiques différentes : rurales, semi rurale et urbaine.

- Connaître le type d'installation : Individuelle / Collaboration ou association en cabinet de groupe/ Collaboration ou association en maison de santé pluriprofessionnelles (MSP) / Collaboration ou association en maison médicale.
- Connaître le mode d'activité du médecin : visite à domicile (VAD)/ consultations sur rendez-vous / consultations sans rendez-vous (rdv).
- Connaître le mode de secrétariat : physique / téléphonique/ absent.
- Avoir des spécificités supplémentaires : Diplôme Universitaire (DU) / Activité annexe au cabinet / Maître de stage universitaire (MSU).
- Connaître le type de patientèle du médecin interrogé.

Toutes ces informations ont été regroupées dans le document en annexe 1.

2. Éthique

Il n'a pas été nécessaire d'obtenir l'aval du comité de protection des personnes pour cette étude n'impliquant aucun patient.

3. Recrutement

Un échantillon diversifié est un des critères majeurs de l'élaboration d'une recherche qualitative (15).

Le recrutement s'est donc fait en contactant le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Gard par un mail explicatif en Janvier 2021.

Sont référencés au CDOM tous médecins thésés (généralistes ou spécialistes) indépendamment de leur pratique libérale ou salariale et de leur statut : installé, remplaçant ou retraité.

Dans ce mail, visant les médecins généralistes gardois, était joint un google.doc afin que chaque médecin intéressé par le thème de la thèse puisse s'inscrire de façon entièrement autonome.

Dans ce document était stipulé en champs obligatoires :

- NOM
- PRÉNOM
- ADRESSE DU CABINET
- NUMERO DE TELEPHONE
- ADRESSE E-MAIL

Des champs additionnels étaient proposés :

- Disponibilités éventuelles

- Possibilité de laisser un commentaire.

Ainsi tous les médecins généralistes libéraux et salariés étaient visés, permettant de majorer la diversité de l'échantillon.

Après évaluation du document et validation par le président du CDOM, celui-ci a pu être transmis à l'ensemble des médecins généralistes enregistrés en Février 2021.

Ensuite chaque médecin a été contacté individuellement par téléphone afin de convenir d'un rendez-vous physique pour la réalisation de l'entretien.

Ayant laissé mes coordonnées sur la page descriptive du google.doc, certains médecins m'ont contactée directement par téléphone, sans remplir le document afin d'avoir de plus amples informations et de convenir d'un rendez-vous.

C. Recueil de données

1. Guide d'entretien

- a) Définition : question ouverte, nombre de question, sous-question

Le guide d'entretien a été réalisé en Novembre 2020. Il a ensuite évolué au cours de l'accompagnement au moment du processus de validation de la fiche projet de thèse pour devenir le guide d'entretien final en Janvier 2021.

Ont été retenues 5 grandes questions ouvertes et des sous questions permettant d'approfondir et de relancer le sujet.

Le guide d'entretien est consultable en [annexe 2](#)

- b) Évolution du guide d'entretien

Au terme des 2 premiers entretiens, une sixième question a été introduite afin de favoriser un domaine de verbalisation non exploré avec la version initiale du guide.

A la moitié des entretiens, une question 5bis a été insérée dans le guide afin de recueillir le point de vue du participant si celui-ci ne l'avait pas donné spontanément au cours du recueil.

2. Entretiens

a) L'entretien semi-dirigé

Afin de recueillir le vécu et le ressenti des médecins généralistes, des entretiens semi dirigés ont été réalisés permettant une plus grande liberté de parole tout en restant dans un cadre relativement structuré.

b) Condition de réalisation

Les médecins interrogés sont restés libres du choix du jour et de l'heure qui leur convenait le plus. Les entretiens ont tous été réalisés en présentiel, pour la plupart en individuel, au cabinet du médecin ou à son domicile et à la suite de leur journée de consultations ou sur un jour de repos. Seul le dernier entretien (M12 et M13) a été réalisé en duo (binôme de médecins associés) à leur demande, préférant discuter ensemble sur ce sujet.

De plus ces entretiens qu'ils soient individuels ou en duo pour le dernier, ont permis d'instaurer un climat propice à l'échange et à l'approfondissement du sujet en instaurant un cadre de confiance.

En début d'entretien, une présentation de l'étude et du guide d'entretien a été réalisée.

Il a également été demandé, à chaque participant de signer un contrat de communication faisant office de consentement écrit expliquant l'étude actuelle et garantissant son anonymat ainsi que la destruction des données dès la fin de la recherche.

Suite à l'accord des médecins généralistes interrogés, tous les entretiens ont été enregistrés via l'application « DICTAPHONE » du téléphone portable.

Autant que possible la gestuelle et la communication non verbale ont été retranscrites à l'écrit en parallèle de l'entretien, directement sur le guide.

A l'issue de chacun d'eux, les questions concernant les éléments essentiels permettant d'obtenir la diversité souhaitée de l'échantillon ont été posées.

Avec certains médecins, une brève discussion a suivi l'entretien, et certains éléments jugés intéressants ont été retranscrits à la suite de l'entretien.

La fiche de présentation et le consentement écrit sont joints en annexe, respectivement en annexe 3 et annexe 4

3. Période de recueil

Les entretiens se sont déroulés du 15 mars 2021 au 4 juin 2021 et ont duré entre 10 minutes et 05 secondes pour le plus court et 54 minutes et 09 secondes pour le plus long (Durée totale des entretiens : 4 heures 04 minutes et 53 secondes et durée moyenne : 20 minutes et 24 secondes).

Les caractéristiques des entretiens sont regroupées dans le tableau 1 ci-dessous

MEDECIN	DATE DE L'ENTRETIEN	LIEU DE L'ENTRETIEN	DUREE DE L'ENTRETIEN
M1	15/03/2021	Domicile	10 minutes et 05 secondes
M2	25/03/2021	Cabinet	18 minutes et 45 secondes
M3	25/03/2021	Cabinet	15 minutes et 21 secondes
M4	30/03/2021	Cabinet	15 minutes et 52 secondes
M5	02/04/2021	Domicile	20 minutes et 53 secondes
M6	27/04/2021	Cabinet	11 minutes et 39 secondes
M7	04/05/2021	Cabinet	20 minutes et 32 secondes
M8	10/05/2021	Cabinet	18 minutes et 55 secondes
M9	12/05/2021	Cabinet	37 minutes et 21 secondes
M10	26/05/2021	Cabinet	12 minutes et 24 secondes
M11	02/06/2021	Cabinet	17 minutes et 44 secondes
M12	04/06/2021	Cabinet	54 minutes et 09 secondes
M13	04/06/2021	Cabinet	54 minutes et 09 secondes

Tableau 1- Tableau récapitulatif des caractéristiques des entretiens

4. Retranscription des entretiens et anonymisation des données

Après chaque entretien, la retranscription des données s'est faite au plus vite afin de limiter l'inférence. Au maximum, la retranscription s'est faite 6 jours après l'entretien, période où plusieurs entretiens ont été réalisés la même semaine.

Chaque entretien a été retranscrit via le traitement de texte Microsoft « WORD » littéralement et intégralement sans reformulation, en indiquant la communication non verbale comme les silences, les moments de réflexions, les soupirs, les rires et la gestuelle. Cette retranscription s'est faite de façon fractionnée, avec de nombreuses pauses pour revenir en arrière afin de ne pas oublier ou mal interpréter une information. A la fin de la retranscription intégrale, une dernière lecture a été faite en parallèle de l'enregistrement audio afin de s'assurer de la bonne cohérence entre les deux supports.

Afin de garantir l'anonymat de chaque médecin, leur nom n'a pas été retranscrit. Chaque entretien a été nommé avec la lettre « M » pour Médecin suivi d'un numéro d'entretien 1, 2, 3 etc. selon l'ordre dans lequel ils ont été effectués.

Les entretiens dans leur intégralité sont présentés en Annexe 5 (cf. document additionnel ci-joint).

5. Saturation des données

Le recueil de données a pu être arrêté au bout du 11^{ème} entretien, au moment de l'obtention de la saturation des données. Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de vérifier l'absence d'émergence d'informations supplémentaires à la recherche (15)

6. Validation des résultats

A la fin de la retranscription de l'entretien, le verbatim était envoyé par mail aux participants afin qu'ils puissent le valider ou le corriger si le sens de leurs propos avait été mal interprété et n'avait pas été retranscrit de façon adéquate. Cela a permis de renforcer la validité interne de cette étude.

D. Analyse de données : Une approche Sémiopragmatique

Pour cette thèse portant sur l'expérience vécue des médecins généralistes gardois, une analyse sémiopragmatique permettant d'appréhender et de comprendre l'expérience vécue en situation du praticien a été réalisée.

Fondée par le philosophe Edmund HUSSERL (1859-1938), la phénoménologie prend en compte « l'ensemble des données incorporées dans le matériau pour une compréhension holistique de l'expérience vécue ».

C'est une méthode d'analyse qui permet au chercheur de comprendre l'essence de l'expérience des gens et des phénomènes. (16)

Afin de faire émerger le sens pragmatique de cette analyse phénoménologique, il est nécessaire de prendre en compte l'ensemble des contenus inscrits dans le verbatim.

Cette méthode sémiopragmatique utilise « tout ce qui fait signe et tout ce qui fait sens dans le matériau d'analyse pour informer le chercheur » amenant ensuite à une classification logique des catégories obtenues (17).

Il existe 3 catégories universelles (18):

- La première celle de la Priméité ou catégorie de la qualité, du sentiment, des émotions : Catégorie regroupant les phénomènes perçus, le ressenti, le vécu. Elle correspond à la vie émotionnelle.
- La seconde celle de la Secondéité ou catégorie des faits, des actions, de l'expérience : Catégorie regroupant l'expérience de situations vécues, des faits, de l'existence, de l'action-réaction et de la réflexivité. Elle correspond à la vie pratique.
- La troisième et dernière, celle de la Tiercéité ou catégorie de la loi des principes, concepts et théories : Catégorie regroupant l'identité professionnelle, les conventions sociales, les règles de la société. Elle correspond à la vie intellectuelle.

La catégorie de la loi (Tiercéité) présuppose la catégorie des faits (Secondéité) qui présuppose la catégorie du sentiment, des émotions (Priméité). Tout cela entrant dans une organisation logique.

Grâce à cette organisation, il est alors possible de former des catégories conceptualisantes. Elles « pilotent le sens et permettent de restituer la logique interne du phénomène étudié ». (16)

Le but étant de regrouper des notions sous des concepts plus généraux. Ces notions peuvent ensuite être regroupées en rubriques générant des sous-catégories de la catégorie conceptualisante.

L'analyse sémio pragmatique a donc été réalisée selon les étapes listées ci-dessous :

- retranscription des enregistrements mots à mots,
- lecture « flottante » du texte de type intuitive,
- lecture focalisée avec repérage d'associations,
- découpage en unités de sens et thématisations,
- caractérisation des notions obtenues grâce à la sémiotique selon Pierce,
- ordonnancement logique,
- mise en lien et comparaison entre les verbatim,
- restitution de sens : propositions conceptualisantes.

III. RESULTATS

A. Population étudiée

1. Caractéristiques standards des participants

Au total, pour cette étude, 13 médecins généralistes ont été interrogés. Les caractéristiques sociodémographiques des participants sont regroupées dans le tableau 2.

On retient notamment que :

- 6 hommes et 7 femmes ont été interrogés,
- le médecin le plus jeune est âgé de 30 ans, le plus âgé de 67 ans. L'âge moyen des participants est de 50 ans,
- sur les 13 médecins, 3 exercent en zone urbaine, 7 en zone semi-rurale, 1 en zone rurale et 2 possèdent un double cabinet rural/semi-rural

MEDECIN	AGE	SEXE	LIEU D'INSTALLATION
M1	42 ans	Femme	Semi-rural
M2	55 ans	Homme	Urbain
M3	45 ans	Femme	Urbain
M4	51 ans	Homme	Semi-rural
M5	67 ans	Homme	Rural
M6	56 ans	Femme	Semi-rural
M7	32 ans	Homme	Urbain
M8	30 ans	Femme	Semi-rural
M9	63 ans	Homme	Semi-rural
M10	50 ans	Femme	Semi-rural
M11	58 ans	Femme	Semi-rural
M12	44 ans	Homme	2 cabinets : Rural/Semi-rural
M13	57 ans	Femme	2 cabinets : Rural/Semi-rural

Tableau 2 – Tableau récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques des participants

2. Caractéristiques pertinentes des participants

Parmi les 13 médecins interrogés :

- 12 sont en activité et 1 est retraité. Tous travaillent ou travaillaient en collaboration ou en association.
- 5 médecins sont installés en MSP, 8 en cabinet de groupe, 2 médecins pratiquent une médecine générale mixte : à la fois libérale en cabinet de groupe et salariale dans un centre de santé.
- Tous pratiquent des consultations sur rendez-vous, 3 médecins ne font pas de visites à domicile, et 3 reçoivent sans rendez-vous.
- Tous possèdent un secrétariat : 7 ont un secrétariat physique, 2 ont un secrétariat téléphonique uniquement et 4 ont les deux.
- 3 possèdent une formation complémentaire en médecine gériatrique, 1 est en cours de formation.
- 5 sont Maîtres de Stage Universitaire.
- 5 ont une patientèle plutôt axée gériatrique.

Toutes ces données sont regroupées dans le Tableau 3 ci-dessous :

MEDECIN	TYPE D'INSTALLATION	MODE D'ACTIVITE	SECRETARIAT	SPECIFICITE	ACTIVITE ANNEXE AU CABINET	MSU	TYPE DE PATIENTELE
M1	Association en cabinet de groupe	RDV	PHYSIQUE	Capacité gériatrie DU diabétologie	Médecin coordonnateur EHPAD	Non	Variée
M2	Association en MSP	VAD RDV	PHYSIQUE ET TELEPHONIQUE	Capacité de gériatrie	Aucune	Oui	Gériatrique
M3	Association en MSP	VAD RDV	PHYSIQUE ET TÉLÉPHONIQUE	DU gériatrie DU pathologies rachis	Garde à la MMG	Oui	Pédiatrie et gériatrique
M4	Association en cabinet de groupe	RDV	PHYSIQUE	DU mésothérapie DU Autisme DU médecine hyperbare DU déficience intellectuelle	Médecin coordonnateur en IME	Non	Variée
M5	Retraité anciennement en Collaboration en cabinet de groupe	VAD RDV	PHYSIQUE	Aucun	Fondateur START UP en 2005 pour évaluer système de détection des chutes	Non	Variée
M6	Association en MSP	RDV	PHYSIQUE ET TÉLÉPHONIQUE	Aucun	Garde à la MMG Vacation en clinique psychiatrique	Oui	Variée / peu de gériatrie
M7	Collaboration en cabinet de groupe	VAD RDV	PHYSIQUE	Aucun	Aucune	Non	Variée Pas de gynécologie
M8	Remplacante régulière, en cours de création MSP en collaboration	VAD RDV SANS RDV	PHYSIQUE ET TELEPHONIQUE	DU coordonnateur EHPAD en cours DU Gynécologie	Aucune	NON	Variée
M9	Association en MSP	VAD RDV	PHYSIQUE	DU Urgence	Aucune	NON	Variée
M10	Association en cabinet de groupe	VAD RDV	TELEPHONIQUE	Aucun	Aucune	OUI	Jeune active/ peu de gériatrie
M11	Association en cabinet de groupe	VAD RDV	TELEPHONIQUE	Aucun	Aucune	NON	Gériatrique
M12	Association en cabinet de groupe / salarié d'un centre de santé	VAD RDV SANS RDV	PHYSIQUE	DU Diabétologie DU Maladies infectieuses DU Ostéopathie	Formateur sophrologie	OUI	Pédiatrique et gériatrique
M13	Association en cabinet de groupe / salarié d'un centre de santé	VAD RDV SANS RDV	PHYSIQUE	DU Échographie DU Télémédecine DU Homéopathie	Aucune	NON	Gériatrique

Tableau 3 – Tableau récapitulatif des caractéristiques professionnelles des participants

B. La chute, deux conceptions diamétralement opposées pour le patient et le médecin

1. Chuter, un évènement préoccupant et moins anodin qu'il n'y paraît pour le médecin généraliste, aux multiples origines et conséquences, associé à une emprise émotionnelle forte et ambivalente.

Pour une majeure partie des médecins généralistes interrogés sur le sujet, la chute représente un facteur de risque majeur de morbidité.

Outre son risque « *d'hospitalisation* » comme énoncé par M1 ou M11 et « *d'institutionnalisation 3 fois sur 4 ... C'est des gens qu'on va mettre le plus souvent en institution à la suite de ça* » pour M5. Pour plusieurs des médecins interrogés, c'est surtout un risque de perte d'autonomie engendrant comme le dit M10 « *un cercle vicieux* » entraînant une majoration de la dépendance pouvant aller, toujours pour M10 jusqu'à « *la grabatisation ou une entrée en structure* ».

Chuter représente pour M2 « *un gros impact sur la vie du patient et pour nous sur notre travail* ». Elle peut réduire à néant toute la prise en charge ambulatoire mise en place par le médecin, selon M2 « *tous ce qu'on fait pour le maintien à domicile, en 3 secondes c'est annihilé par une chute* ». Elle augmente la charge de travail du médecin généraliste, engendrant pour M3 « *plus de visites à domicile ... plus de sollicitations par l'entourage* ». Elle peut être extrêmement traumatisante pour le patient ou sa famille si elle a engendré des conséquences fonctionnelles ou une station au sol comme le dit M5 « *surtout avec les personnes qui sont restées au sol. Il y a toujours une culpabilité familiale* » ou M3 « *1h par terre, en soit ce n'est pas énorme, mais c'est assez pour être traumatisant ... On a le temps de réfléchir ... Car c'est long une heure par terre* ».

La chute est multifactorielle et parfois « *révélatrice de pathologies sous-jacentes inconnues jusqu'à présent* » pour M10.

C'est un évènement vu par M3 et M5 comme « *inévitable* » et dans la « *logique des choses* » pour M12-13. Presque « *programmé dans la vie du patient* » et « *une catastrophe* » pour M3 signe de « *fragilité* » selon M6 et la preuve pour M12-13 de « *diminution des réserves* ».

C'est un « *épouvantail contre lequel le médecin généraliste essaie de se protéger* » mais qui « *n'arrive pas si souvent que cela ne fait peur* » d'après M7.

Avoir un patient chuteur entraîne une participation émotionnelle importante, touchant tous les intervenants impliqués dans la prise en charge du patient M10 « *...comme tous les membres de l'équipe* ».

C'est une source « *d'ennuis* » pour M1 et de « *hautes préoccupations* » pour M2 : un mélange de malheur, crainte et inquiétude pour le médecin généraliste, souvent mal vécue : M1 nous dit le vivre « *pas bien du tout* » comme M6. En effet, dans le suivi du patient, plus celui-ci est ancien, plus la part affective du praticien est grande : pour M10 « *c'est des personnes âgées qu'on connaît depuis longtemps, il y a beaucoup d'affects... émotionnellement c'est pas très facile* » ou M1 « *triste...cette dame à laquelle j'étais particulièrement attachée* ».

Cette part émotionnelle est cependant variable selon le contexte, surtout en cas d'intrication d'addictions, d'inobservance ou de refus de prise en charge par le patient ou sa famille comme le dit M4 « *mon ressenti affectif sera très variable selon le cas* ». Cette participation affective change au profit d'un sentiment de colère ou d'agacement M10 « *Qu'il ne nous écoute pas... on lui a dit 100 fois* » avec l'envie de « *gronder* » pour M10 voire « *d'engueuler* » le patient pour M11 pouvant être à l'origine d'une certaine « *démotivation* » pour M9 ou M12-13 du médecin dans la prise en charge du patient.

Cette ambivalence est aussi liée à l'état psychologique du médecin. En dépit du fait que le médecin généraliste se doit « *d'avoir des épaules larges* » selon M12-13, le surmenage peut entraîner un état d'épuisement psychologique allant parfois jusqu'au burn out : M12-13 « *j'ai beaucoup moins d'énergie pour la gériatrie... je suis limite burn out.* » et « *on est à deux doigts de tout plaquer* ». Ces situations sont principalement causées par l'inobservance, la sur sollicitation ou l'acharnement de certaines familles sans reconnaissance envers le travail fourni, conduisant le médecin à réduire son implication intense dans la prise en charge, et comme c'est le cas pour M12-13 de prendre le risque « *d'avoir de la casse* » afin de se protéger lui-même M12-13 « *ça me demande trop d'énergie... je peux plus... surtout pour la reconnaissance qu'on en a* ».

2. La chute, épisode entraînant une remise en question du médecin généraliste vis-à-vis de son travail

Lorsqu'un de ses patients chute, le médecin généraliste peut éprouver un sentiment d'échec M5 « *est-ce que je le vis comme un échec ? Oui et non ... je le vivais quand même comme un échec* » et de culpabilité M5 « *est-ce que t'as pas fait une connerie* » ou M1 « *j'avais le sentiment*

que peut-être il y avait quelque chose d'évitable... ou pas », le laissant emprunt au doute, surtout si l'origine ou la cause de la chute est évitable comme c'est le cas pour la iatrogénie ou l'environnement M5 « *tout ce qui est humain et environnemental est un échec pour le médecin généraliste vis-à-vis de sa patientèle* » ou M8 « *moi ce que je veux éliminer c'est la iatrogénie* ». Il en ressort une notion de responsabilité selon : M5 « *quelques fois on se pose la question de savoir dans quelle mesure on est responsable* », et la question « *est-ce qu'on aurait pu l'éviter ?* » se pose. Mais depuis peu de temps, une nouvelle peur est éprouvée par le médecin généraliste, celle de la plainte. Comme nous le dit M12-13 « *je pense de plus en plus... au problème de la plainte, c'est nouveau pour moi* » ou M9 « *Les gens peuvent vous faire un procès, les gens vous surveillent et vous contrôlent sur ce que vous faites...* ». Pour s'en protéger, le praticien fera en sorte, autant que possible de verrouiller les prises en charge pour ne pas être inquiété.

Cette impression de remise en question ne s'arrête pas à des considérations personnelles, mais est également ressentie lors des sollicitations auprès des spécialistes. Subir le barrage de la secrétaire, devoir faire un mail détaillé pour avoir accès aux spécialistes et parfois ne pas avoir la réponse attendue et espérée majore d'autant plus ce sentiment : M9 « *maintenant il faut faire un mail, il faut décrire... comme si notre avis... Enfin on remettait en question notre compétence ou on avait un doute...* »

Pour se prémunir de cette remise en question, M7 nous dit que « *penser aux chutes et faire ce qu'il faut pour les éviter, permet de ne pas vivre ces situations comme des échecs* »

3. Avoir de l'expérience et se former permet d'étoffer ses connaissances et d'améliorer la prise en charge des patients gériatriques

Avoir de l'expérience qu'elle soit bonne ou mauvaise est bénéfique, pour M4 « *l'expérience amène à réfléchir différemment* » et d'après M2 elle permet « *d'être plus attentif qu'avant, car j'ai plus d'expérience et aussi plus de mauvaises expériences* ». Elle permet d'acquérir de nouveaux réflexes, d'aider à prévenir la iatrogénie et d'améliorer la prise en charge du patient chuteur notamment en étant plus attentifs à certaines choses comme le chaussage : M2 « *je ne suis pas sûr que quand j'étais au début de mon activité j'y pensais* ». Elle permet de mieux comprendre et de mettre en pratique les cours théoriques vus parfois comme rébarbatifs pour M2 « *dans les cours théoriques je trouvais que c'était un peu ridicule de dire « faut regarder les pieds » ... mais en fait c'est vrai, c'est intéressant si c'est pratique !* ».

L'expérience permet de favoriser le confort du patient en préférant le maintenir dans un environnement familial, aidant et soutenant, en optimisant la prise en charge au domicile et en acceptant le risque de chute, selon M4 elle permet « *d'accepter une prise de risque pour la santé des gens mais en bénéficiant d'un confort de vie et d'un entourage présent et soutenant* » à la différence du jeune médecin qui raisonne principalement avec la balance « *bénéfices/risques* ».

Connaitre la filière gériatrique et faire des formations spécifiques comme des Diplômes Universitaires est essentiel pour M8 « *ma pratique évolue grâce au DU de gériatrie* ».

4. Les difficultés rencontrées par le médecin généraliste impactant la prise en charge du patient chuteur.

Devoir gérer des patients présentant des troubles neurocognitifs est une difficulté pour le médecin généraliste. Cette difficulté s'accroît quand des troubles de la marche apparaissent. Le médecin, dans un but de mise en sécurité du patient, est amené à avoir recours à des traitements plus sédatifs et pouvant aller jusqu'à la contention physique comme nous le confie M1 « *elle avait une démence très évoluée, elle essayait de se lever Elle avait été maintenue au lit par les barrières* ».

La charge de travail importante et le manque de temps en cabinet de médecine générale empêche de penser à tout :M4 « *ça se surajoute à la pile de choses, déjà importante.... Et qu'il n'a pas le temps de faire* » et M12-13 « *si j'avais du temps en plus ça m'aiderait* ». Penser à évaluer et prévenir le risque de chute est donc difficile surtout quand celui-ci est noyé dans la montagne de travail et de choses à faire : M3 « *il n'est pas forcément mis en avant quand il est noyé dans tous les autres problèmes du sujet âgé... médicaux, sociaux ou psychologiques* ».

Être confronté au déni ou refus de prise en charge des patients ou des familles entraîne frustration ou agacement pour le médecin M12-13 « *Mais attendre quoi ??... C'est frustrant qu'ils nous écoutent pas* » et parfois cela pèse sur le moral du médecin comme pour M9 « *Quand il y a un refus c'est très compliqué... Mais parfois ça va très loin... Ça a été un épisode extrêmement douloureux pour moi, car tous les efforts que j'avais fournis pour cette dame ont été mal interprétés par la famille...* » et gérer la culpabilité familiale ou le transfert de responsabilité est difficile.

Être médecin généraliste est difficile par les temps actuels. Son statut de médecin généraliste est souvent associé au statut de médecin de première ligne ou de premier recours, ce qui accentue de plus en plus le sentiment de servitude au patient d'après M9 qui nous dit « *on est dans la servitude en tant que médecin généraliste* » et surtout dans des situations de chute et de perte d'autonomie. Le manque de moyens et de soutien est de plus en plus grand ce qui accentue le sentiment de solitude et d'impuissance, surtout devant la détresse des gens et en l'absence de solution à proposer, pour M12-13 « *on a la détresse des gens en face ... et on peut rien faire... tous les mois ou parfois toutes les semaines...on est démunis* ».

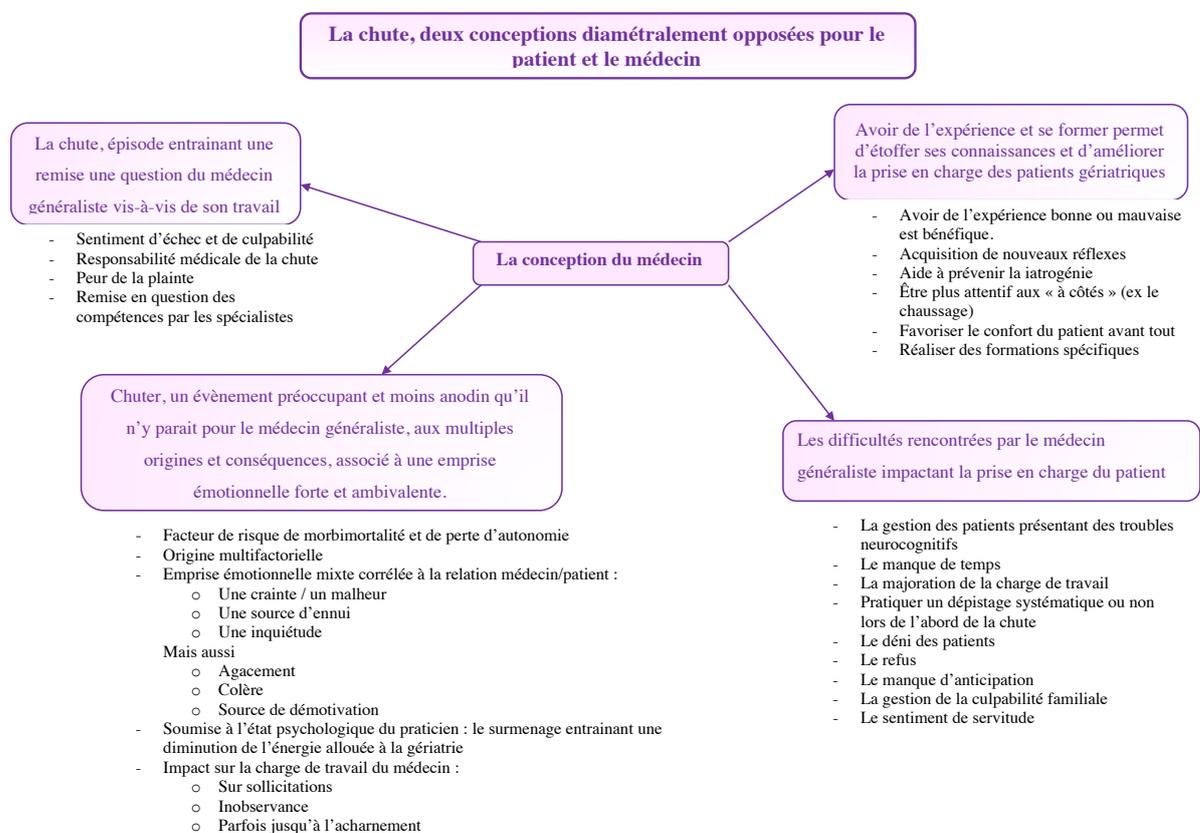


Schéma 1 : La chute, deux conceptions diamétralement opposées pour le médecin et pour le patient : La conception du médecin

5. La singularité des patients complique la prise en charge des chutes

Pour tous les médecins interrogés, le patient renvoie le sentiment qu'une chute est un événement de vie normal. Pour certains patients, chuter rimerait donc avec fatalité : M11 nous dit « *vieillir c'est tomber pour eux* ».

Il s'agit d'un événement considéré comme banalisé par le patient et son entourage qui n'a pas le même impact que le diagnostic de maladie grave. Ils y prêteront beaucoup moins d'attention et seront moins marqués que suite à un événement cardiologique ou autre, pense M8 « *On a une difficulté de moyens, de temps, et un manque d'envie des patients ! Autant un problème cardiaque on veut courir voir le cardio, mais une chute... (gros soupir) ça reste banalisé* ».

Un sentiment accentué surtout si la chute n'a pas occasionné de séquelles et pour laquelle le patient n'a pas eu besoin d'aide et a pu se relever tout seul. Selon M11 « *s'ils tombent et qu'ils se relèvent, ils en parleront pas !* ». Dans ces conditions, la mise au courant du médecin ne se fera pas, celle-ci sera signifiée ou non, à postériori lors du renouvellement d'ordonnance par exemple pour M6 « *souvent je le sais à posteriori* ».

Le recours au médecin se fera uniquement en cas de séquelles occasionnant des douleurs, des impotences fonctionnelles ou des ecchymoses car comme le dit M4 « *ils n'ont pas le choix* ».

Pour d'autres, chuter serait révélatrice d'une peur, pour M4 « *la peur qu'on leur dise qu'ils ne sont plus capables de vivre seuls* » et pour M11 « *la peur de se sentir diminuer* ». La peur mais aussi « *la honte de l'avouer au médecin* » pour M7 et la peur des aménagements pouvant être mis en place par la suite. Car il s'agit en quelque sorte d'un « *aveu de faiblesse* » selon M7 pour le patient qui occulte sa perte d'autonomie et renvoi à l'idée de difficulté d'acceptation de la vieillesse selon M12-13 « *quand on a une perte d'autonomie... je pense qu'on le voit pas sur soi* » et d'un certain déni de la mort toujours pour : M12-13 « *La mort ne fait plus partie de la vie ... Et ça c'est un problème de société* ».

Cette banalisation ou omission volontaire entraîne un retard à la mise en place des aides, un sentiment partagé par beaucoup de médecins interrogés. On attend la survenue d'un événement grave, d'une situation urgente ou de ne plus avoir le choix pour faire les démarches. Pour M8 « *c'est bien la fatalité, on attend. Tant que ça tient, ça tient. On attend le gros pépin, l'hospitalisation et l'impossibilité de retour à domicile : le trio chute-hôpital-EHPAD* ». Ce retard majore la charge de travail du médecin généraliste, l'obligeant à rappeler le projet souhaité par le

patient pour obtenir son adhésion comme nous le dit M2 « *votre objectif c'est la maison... Il faut se donner les moyens et donc densifier les structures d'intervention au domicile* » ou à « menacer » le patient et sa famille qu'il n'aura plus le choix. Dans ces situations, l'excuse du placement en EHPAD est souvent utilisée : M6 « *s'ils sont pas d'accord je leur dis qu'on fait le dossier pour l'EHPAD... donc ils font un effort* ».

Une prise en charge d'autant plus freinée en cas d'addictions concomitantes, surtout si le patient est dans le déni ou le refus de traitement : M4 « *Égoïstement je serai tenté de dire que je n'y mettrai pas la même énergie. Si le patient ne veut pas s'aider lui-même, c'est compliqué* ».

Dans ce cas-là, l'entourage est souvent démotivé ou dépassé, ne voulant pas agir de peur de subir la colère du patient : M12-13 « *c'est elle qui va avoir sa colère pas moi* » et M4 « *son compagnon est à bout de force, il ne veut plus lutter* »

Faire face au « *caractère du patient* » pour M10 et à sa vision de la vieillesse est difficile car la mise en place d'aides le renvoie à sa vulnérabilité nouvelle pour M12-13 « *je comprends que ce soit pas facile... quand on perd de l'autonomie* ». Il éprouve une réticence aux changements pour M5 « *ils disaient non au départ* » et pour M8 souvent cela « *n'est pas leur priorité* », surtout quand tout va bien. Cependant, et a posteriori ils sont plutôt bien acceptés : M5 « *finalement ils disaient si si c'est bien mieux* »

Vivre seul est une difficulté rendant compliquée la prise en charge du patient chuteur.

C'est un choix propre au patient même s'il est contre l'avis de tous et engendre une peur pour l'entourage entraînant culpabilité et incompréhension. M5 nous dit qu'il y a « *toujours une culpabilité familiale surtout en cas de chute et de station au sol* » et M9 « *J'ai essayé de lui expliquer qu'il y avait danger...Mais rien n'y faisait...* »

En effet, il n'est pas évident de signaler une chute le cas échéant car souvent vivre seul est synonyme d'une certaine autonomie donc il n'y a pas encore d'aides en place pour alerter, notamment pas de téléalarme.

Cependant, même lorsque que celle-ci est en place, l'observance de ces dispositifs d'appel à l'aide est limitée souvent oubliés et surtout non contrôlés. Selon M3 « *On connaît les limites de la téléalarme... là elle devait être posée sur sa commode* ».

Vivre seul est également un facteur limitant lors du retour à domicile suite à une chute grave : M5 « *elle ne se sentait plus de vivre seule* », c'est souvent la porte d'entrée en institution.

La solitude aide à rendre l'acceptation d'un placement dans un établissement en permanent ou en temporaire plus facile surtout si la chute a engendré des séquelles fonctionnelles. Elle permet au patient de changer sa vision de l'EHPAD, surtout si le personnel ou certains des résidents sont connus (grâce à de l'accueil de jour dans le même établissement) d'après M3 « *Elle s'aperçoit que le personnel ... c'est un peu la famille... que la solitude lui pèse... Elle avait l'air plutôt partante* » et accepter une entrée en permanent d'après M7 « *son vécu de l'EHPAD à l'air plutôt bon car son discours se modifie... elle considère l'option de rester en permanent... ce qui médicalement pour moi n'est pas nécessaire mais c'est elle qui décide* »

6. La chute comme élément déclenchant une prise de conscience pour le patient dans de rares cas

Dans de rares exemples cités par les médecins interrogés, chuter peut :

- Aider à formuler un mal être ou une peur encore non formulée auparavant
- Aider à parler de sa peur de (re)tomber
- Aider à rompre la solitude et recréer du lien social grâce à la prise en charge instaurée

7. Avoir un entourage de qualité est une aide précieuse autant pour le patient que pour le médecin

Comme le dit M8 « *Un entourage de qualité conditionne l'espérance de vie du patient âgé* ». Son avis prend une place importante lors des décisions prises par le patient et son rôle est indispensable notamment lors de la prise en charge des patients présentant des troubles cognitifs.

Avoir la présence de la famille ou d'un aidant sur place est une aide comme nous le confie M7 « *elle a un frère plus jeune ... c'est un peu mon assistant* ». Cela permet d'avoir un discours plus vrai surtout en cas de discours minimisé ou d'omission volontaires ou non d'épisodes de chutes par le patient expliquant l'importance de leur présence lors de la consultation : M8 « *je les fais revenir avec leur famille* » et M9 « *la dame disait oui parfois mais le mari lui disait non docteur c'est tout le temps !* »

C'est un soutien et une aide pour le médecin généraliste d'autant plus si l'entourage est bienveillant, impliqué et concerné par la situation de leur proche, c'est une source de motivation : M12-13 « *c'est un investissement pour plus tard* ».

Parfois, l'entourage est désintéressé et déresponsabilisé, cela entraîne une difficulté de prise en charge. Dans des cas extrêmes, un entourage revendicateur majore la charge psychologique et occasionne du stress au médecin : M12-13 « Une m'a dit maltraitance car son beau-père est en incurie, mais je l'attends toujours pour faire son dossier APA... »

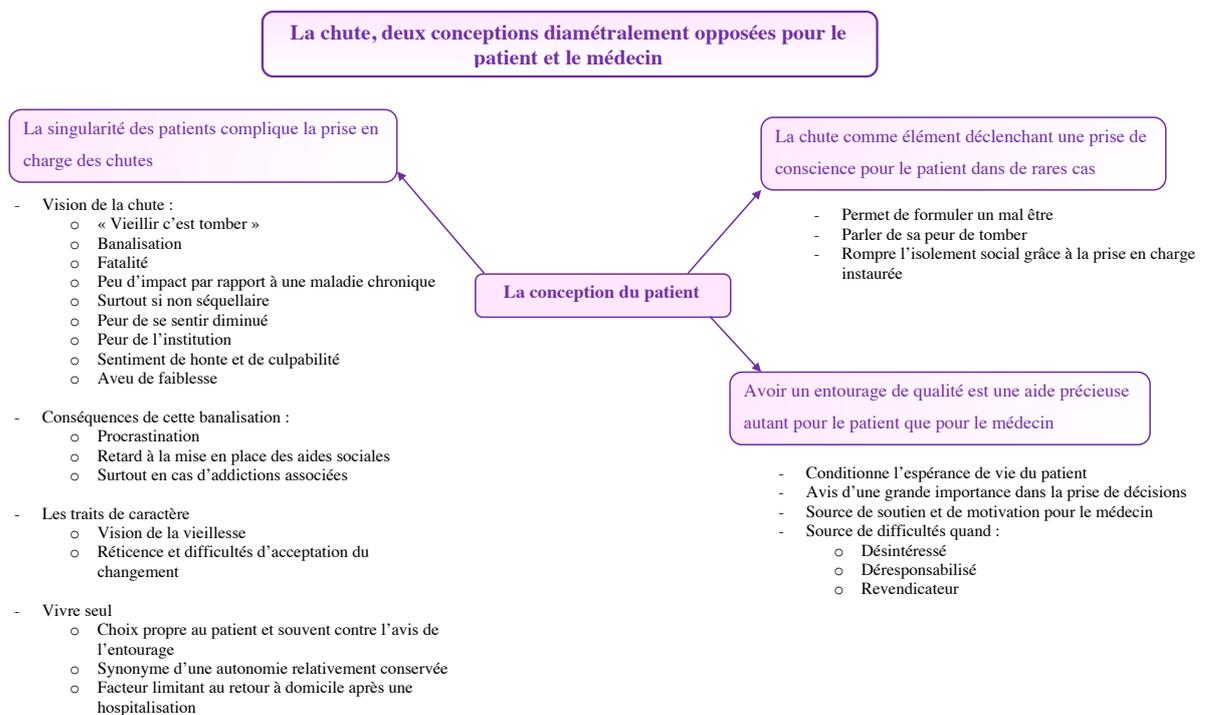


Schéma 2 : La chute, deux conceptions diamétralement opposées pour le médecin et pour le patient : La conception du patient

C. La chute : un révélateur des atouts et des limites de la relation médecin/malade.

1. Être médecin traitant, un atout soumis à quelques inconvénients

Le médecin généraliste possède un rôle fondamental dans la vie médicale du patient. En principe, il est choisi par le patient afin de prendre en charge son suivi médical. Au fil des années, une relation de confiance mutuelle s'installe. Se crée alors une relation d'échange privilégiée et ce d'autant plus que le suivi du patient est ancien permettant d'aboutir à une alliance thérapeutique comme nous le dit M2 « *Les patients âgés ça fait longtemps que je les connais, je fais partis des meubles à la maison ... c'est une stratégie qu'on fait ensemble* ».

Quand cette relation vieillit avec le patient, il est important de se mettre en relation avec la famille afin de mieux la connaître et de l'impliquer dans la prise en charge pour M9 « *je demande souvent l'entourage* » afin de lutter contre un sentiment de plus en plus présent depuis quelques années, à savoir celui de la déresponsabilisation familiale comme le pense M12-13 « *je pense que la société actuelle est égotique. Ils sont tous centrés sur eux et ne veulent pas d'emmerdes les gens. Ils se déresponsabilisent complètement* ».

Bien connaître les patients et former une alliance solide permet d'obtenir une bonne adhésion aux soins et une meilleure prise en charge notamment concernant les chutes : M2 « *je suis de l'ancienne génération... Car le gars qui vient et qu'on ne voit jamais...vous dites « oui oui » et quand il se casse vous oubliez tout* ».

Cette relation de proximité confère au médecin généraliste l'occasion de se permettre de poser la question directement au patient donnant ainsi la possibilité à certains d'ouvrir le dialogue sur le sujet pour M2 « *je leur pose directement la question* » ou M5 « *je posais souvent la question* ».

Un des rôles fondamentaux du médecin est l'écoute du patient. Il est important de savoir écouter mais également décrypter le discours du patient pour rebondir sur certaines phrases ou plaintes comme le précise M5 « *j'ai failli tomber* » ou M11 « *ils s'embronchent* ». Le médecin est également là pour rassurer et déculpabiliser les patients tout en maintenant un discours bienveillant et préventif comme nous le dit M7 « *j'ai essayé de la rassurer... que ça peut arriver et qu'il faudra dans l'avenir bien attendre...* ».

Une relation néanmoins soumise à certaines règles. Il est important d'imposer un cadre dès le départ et de rappeler aussi souvent que nécessaire les rôles et places de chacun des membres de

cette relation, qu'elle soit médecin/patient et plus tard médecin/patient/famille comme nous le dit M12-13 « *Ah non non non, moi je leur dis : je vous rappelle que vous êtes responsable de votre maman... pas le médecin. Je peux vous aider dans les démarches mais mon rôle s'arrête là. (Mimant un carré avec ses mains) Clac, clac... On les cadre direct* ». Le médecin généraliste ne se substituant en aucun cas à la famille.

A la différence du médecin généraliste remplaçant qui lui se confrontera plus à une certaine crainte et méfiance des patients et une difficulté en termes de suivi avec une connaissance bien plus limitée de leur dossier. Pour M8 « *Moi j'ai une difficulté de suivi, donc j'en dis beaucoup et d'ailleurs sûrement trop car c'est énormément d'informations d'un coup. Et qui ne peuvent pas être assimilées en une seule fois* ». Cela peut expliquer en partie la faible attractivité des remplacements de médecin ayant une forte patientèle gériatrique et donc leurs difficultés à assurer une continuité des soins en leur absence, d'après M9 « *J'ai eu beaucoup de remplaçants qui m'ont demandé si j'avais beaucoup de gériatrie, car « je fais pas de gériatrie* ».

2. Instaurer une relation de confiance pour trouver le bon moment et diffuser un discours clair et répétitif de prévention en respectant le rythme du patient et ses connaissances.

Une des principales activités du médecin généraliste est de pratiquer une médecine de prévention : M7 « *c'est l'enjeu de notre métier de médecin généraliste, d'essayer d'anticiper* ». Cette étude permet de se rendre compte qu'actuellement concernant les chutes la prévention est plus secondaire : M10 « *on le sait souvent après* » que primaire et M4 « *Jamais, vraiment jamais. En 25 ans de médecine générale ça ne m'est jamais arrivé qu'un patient me dise « docteur j'ai peur de tomber, je viens vous voir pour discuter de ce qu'on pourrait faire pour éviter de tomber à la maison* ».

Pouvoir anticiper, c'est sensibiliser le patient et a fortiori sa famille à la perte d'autonomie et par extension à la chute.

Mais l'anticipation reste difficile dans le cadre des chutes car elle est directement soumise aux confidences du patient sur le sujet. Certains se confiront volontiers, surtout s'ils ont eu peur ou consultent pour une problématique douloureuse directement en lien avec une chute mais dans la majorité des cas, la chute sera abordée au moment de celle-ci, jamais en amont et toujours en

minimisant la cause pour M8 « *La cause, ils la minimisent toujours* » et M4 « *et il minimise la façon dont cela s'est produit* »

Trouver le bon moment est essentiel, cela peut être après un « *moment de faiblesse résolutif* » pour M2 ou dès lors que quelque chose saute aux yeux du médecin généraliste pour M11 « *quand quelque chose m'y fait penser* » en consultation et surtout lors des visites à domicile car pour M2 « *c'est là que les patients tombent le plus* ». Cela ne doit pas faire suite à un évènement grave, car parfois il n'y a plus matière à. Souvent le sujet est abordé à l'occasion d'une consultation pour une chute bénigne ou d'issue favorable mais jamais en amont de celle-ci.

Profiter également de ce moment de prévention pour aborder les aides déjà en place : M8 « *Et surtout la prise en charge plus tard : s'il y a des aides à domicile, de l'entourage, une perte d'autonomie. Donc discuter de l'avenir !! J'en reviens mais c'est vraiment ça qui m'importe* ».

Dans certaines circonstances, la discussion peut avoir lieu lors d'une consultation vide ou tout va bien pour M7 surtout pour les patients se déplaçant au cabinet, pour lesquels le médecin ne se déplace pas au domicile, mais souvent ce temps est utilisé pour absorber le retard

En parler pour M10 « *le plus important... ben déjà en parler... car quand on en parle, on prévient déjà les chutes* » et se répéter permet donc de porter de l'intérêt au sujet, en espérant à terme sensibiliser le patient et sa famille, pour M11 « *ben c'est quand après les infirmières passent et rabâchent les mêmes choses que moi* » et M12-13 « *faut pas baisser les bras et continuer de marteler les choses* »

Il est important de se rappeler que l'observance d'un patient âgé, ou non, n'est pas complète, le médecin généraliste doit s'en souvenir et faire avec selon M2 « *on est aussi conscient des limites de nos interventions* » et surtout avec l'avènement actuel d'internet d'après M12-13 « *l'internet aussi ... (lève les yeux au ciel). Alors là, les patients en savent plus que vous* »

Prendre en charge les chutes implique une prise en charge de la dépendance souvent mal vécue par le patient : M7 « *c'est difficile pour quelqu'un qui constate petit à petit sa perte d'autonomie d'accepter de laisser sa porte ouverte* ». Il est important d'apporter des adaptations progressives pour M4 « *essayer d'aller ensemble* », de ne pas forcer et de faire au mieux et comme on peut pour M2 « *on sait que ce n'est pas bien, on sait que ce n'est pas l'idéal mais c'est mieux que rien !* » en essayant au mieux de pallier à ses exigences vis-à-vis des professionnels de santé intervenant

au domicile (horaire etc...) pour M3 « *faut trouver quelqu'un qui corresponde... pallier aux besoins et exigences de chacun* ».

Ne pas être trop exigeant et prendre le patient comme il est. Si le médecin à une forte capacité d'anticipation, le patient lui beaucoup moins et sa compréhension est plus difficile : M12-13 « *on essaie d'anticiper, c'est-à-dire qu'on voit très bien...mais ça marche pas. On voit les choses arriver mais les gens ne nous écoutent pas* ». Parler de choses concrètes permet une visualisation plus facile.

Et toujours répéter les choses et persévérer comme le précise M2 « *on s'adapte, on répète, on fait au mieux ... et à force de répéter on y arrive* »

3. La chute : le moment pour parler de l'avenir en se donnant les moyens de rester au domicile autant que possible.

Mettre en place des aides est difficile. Cela est vécue comme une intrusion dans « *l'intimité du patient* » pour M12-13, et une forme de privation de liberté « *ils n'ont plus leur rythme à eux, on leur impose un rythme* » pour M7. Cependant, les majorer ou ajouter des intervenants reste plus facile quand certains sont déjà en place : M7 « *Ce n'est pas toujours bien accueillis et accepté... une fois qu'on a ouvert la porte c'est différent, c'est plus facile de majorer* »

Avec la pandémie de COVID-19 actuelle, il n'a jamais été autant d'actualité que de préserver nos aînés à leur domicile. Pour cela, il est important d'établir ensemble avec le patient les objectifs de la prise en charge et les lui rappeler en cas de refus, comme nous le dis M2 « *votre objectif c'est la maison* » et tout faire en se donnant les moyens d'y arriver ». Hospitaliser se fera en derniers recours, quand toutes les ressources apporter à la prise en charge ambulatoire seront épuisées : M12-13 « *Quand on envoie aux urgences, c'est qu'on a pas le choix... on peut perfuser à domicile en sous cut', ça nous est même arrivé de faire des antibio IV. Ils savent qu'on se bouge* »

Cependant, rester au domicile à tout prix devient difficile dans le cas des patients présentant des troubles cognitifs sévères. Les familles, soumises à une très forte culpabilité en cas de placement et freinées par le prix des EHPAD, veulent les garder à tout prix, et sont peu accessibles au discours de prévention et aux mises en garde du médecin. Pour M4 « *c'est l'épuisement progressif de son épouse qui va lui permettre d'accepter les choses* » et M12-13 « *Pour les problèmes de maladie*

d'Alzheimer, c'est pas le patient, c'est la famille. On leur dit... que les 2 vont partir en même temps ou peut être l'aidant avant...Après on se retrouve à faire des dossiers en urgences ».

4. Cas particuliers des patients chuteurs en EHPAD

Chuter en EHPAD est un évènement très préoccupant pour les soignants mais également pour les familles, motivant toujours un appel au médecin généraliste pour la lui signifier. C'est une situation de haute préoccupation, plus que d'autres pathologie médicale pour M12-13 « *Oh elle a chuté ! Tu as l'impression que c'est un motif de visite. Mais elle boit pas depuis 2 jours et à la langue sèche mais ça percute pas ?* ».

C'est une situation dénoncée par les familles car il y a une notion de transfert de responsabilité. En effet, le patient est placé en institution, donc surveillé et il en ressort une notion de sécurité d'après M12-13 « *la famille n'accepte pas les chutes en maison de retraite. Ils vont plus l'entendre quand ils sont à la maison, mais pas à la maison de retraite* ».

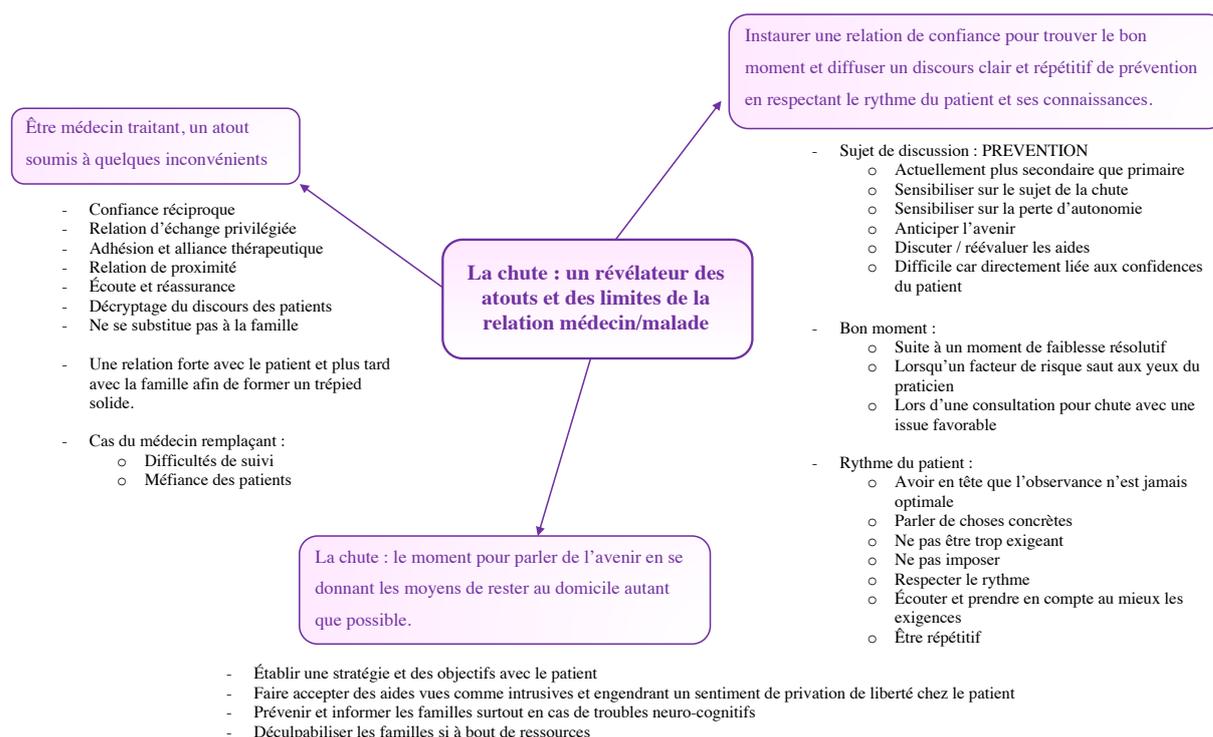


Schéma 3 : La chute : un révélateur des atouts et des limites de la relation Médecin/Malade

D. La complexité de la prise en charge ambulatoire de la chute c'est sa globalité !

1. La chute comme motif de consultation dans le suivi complexe du patient âgé

Actuellement il existe peu de consultations dédiées à la prévention des chutes : M8 « *Des consultations dédiées au risque de chute je n'en ai pas...* ».

Lors d'une chute avec un passage par l'hôpital, la visite à domicile post hospitalisation peut être intéressante afin de débriefer, évaluer le domicile et aborder l'avenir : M7 « *elle revient à domicile, j'y retournerai pour refaire le tour de la maison. Habituellement, c'est une patiente suivie au cabinet* ».

Lors du suivi du sujet âgé, toujours penser à la chute, « *l'avoir en tête* » nous dit M1 mais difficile quand « *noyée dans la masse de chose à faire* » pour M3, car « *être systématique* » est difficile pour M8 car « *ils ont tous les patients âgés* ».

De plus, celle-ci est peu abordée spontanément par les patients : M8 « *on passe souvent outre à la consultation car ils nous disent ça à la fin et on se dit « il faut le faire la prochaine fois » ce qui engendre un retard à la prise en charge, sauf en cas de plainte aigue.*

Souvent quand le médecin généraliste reçoit ou va voir ses patients il est plus focalisé sur les pathologies aiguës ou chroniques comme le diabète ou les maladies cardio-vasculaires et moins sur le reste pour M1 « *on pense au problème aigue, au traitement de fond, à son HTA... je ne suis pas certaine que de façon systématique on pense au risque de chute* ».

Faire une prise en charge globale du patient chuteur reste difficile en ambulatoire, la reproductibilité des prises en charge globale hospitalière est « *peu applicable en médecine générale* » selon M8.

Les patients restent lourds, mais le généraliste est confronté à un manque de moyens, de temps, de disponibilité des familles et des spécialistes, à une majoration de sa charge de travail sans rémunération adéquate, à plus de sollicitations notamment avec une demande de visites à domicile ou en EHPAD et à des patient peu mobiles et peu sensibilisés.

L'intérêt des examens complémentaires est réévalué en cas d'absence d'impotence fonctionnelle majeure : souvent peu de bénéfices vis-à-vis de l'inconfort que cela peut induire pour M3 « *j'ai*

voulu lui épargner ça...ça n'aurait rien changé à la prise en charge » et l'ordonnance est revue systématiquement tout comme la prescription des antalgiques, toujours pour M3 « cela entraîne la prescription d'antalgique plus fort avec possiblement des effets secondaires mais en même temps on peut pas la laisser souffrir ».

C'est le moment de refaire le point sur le domicile, lors des visites, mettre ou remettre en place les aménagements préconisés, vérifier leur observance pour M2 « *mais le tapis là on l'avait pas viré ?* ». Pour le cas des patients suivi au cabinet, c'est le moment de faire le point sur le domicile, prévoir des visites n'est pas un acte réalisé par le médecin généraliste qui ne veut pas « *habitué le patient aux visites* » pour M8 déjà très chronophages pour lui.

La chute c'est l'occasion de faire le point sur tout ce qui n'est pas de l'ordre de la prescription, gérer l'aiguë et trouver la cause est aussi important que prévoir et mettre en place des améliorations, comme nous dit M7 « *tous les « à cotés » car en vrai on y pense un peu moins... en consultations le reflexe il est sur l'ordonnance* ». C'est le moment de faire une « *réévaluation sensorielle* » pour M8, de « *revoir le chaussage* » pour M1 et M7 et de prescrire des chaussures parfois hors recommandation pour M12-13 « *je les connais pas...je me prends plus la tête, je prescris...quand je vois les gens venir aux cabinet en pantoufles, c'est qu'il doit vraiment pas arriver à se chausser* », mettre en place ou refaire le point sur les aides en place selon M8 « *projeter l'avenir : s'il y a des aides, la téléalarme etc...* », les réévaluer si besoin et revoir l'entourage.

2. La chute entraîne une prise en charge médico-sociale vécue comme rébarbative par le médecin généraliste et une mise en place longue d'aides sociales et techniques indispensables mais nécessitant une observance rigoureuse.

Pour le médecin généraliste, s'occuper du volet social de la prise en charge des patients chuteur est souvent fait en fin de journée après les consultations. Cela entraîne donc une charge de travail supplémentaire pour le médecin car remplir des dossiers prend du temps et pour M10 « *On a pas forcément le temps qu'il faut non plus* ». Cet acte très chronophage est souvent repoussé et fait plus par « obligation » plutôt que par envie, à la différence d'un temps médical pur ou il « *trouvera toujours un moment pour examiner ou réévaluer un patient* » pour M10.

Afin de compenser cette charge de travail supplémentaire, faire venir les patients et/ou leur famille en consultation au cabinet aide à réduire cette charge de travail qui se surajoute en fin de journée pour M12-13 « *avant on laissait le dossier sur la table...maintenant c'est fini, on demande une consultation parce que moi voilà (main au-dessus de la tête signant que la coupe est pleine)* ».

Mettre en place des aides demande du temps du fait d'un système administratif long. Mais parfois « *la dégradation du patient est très rapide* » pour M3 et le médecin généraliste se retrouve à cours de ressources. Pour éviter ces situations, le médecin fera en sorte d'anticiper au maximum la perte d'autonomie, mais il est régulièrement confronté au refus d'anticipation des patients ou de leurs familles. Souvent dans le déni ou refusant les aides extérieures, ils préféreront attendre au grand désarroi du praticien : M12-13 « *mais attendre quoi ??* ».

Connaître les différents types d'aides existantes est une difficulté pour le jeune médecin installé, souvent liée à une absence de formation spécifique. C'est le cas de M7 qui nous dit que son « *apprentissage s'est fait sur le tas.* »

Enfin de par son statut et la relation privilégiée qu'il entretient avec certains paramédicaux, il peut également avoir un rôle de coordonnateur de soins et devoir appeler les différents intervenants pour appuyer les demandes de prise en charge des familles quand celles-ci se retrouvent démunies. Un temps non médical pur, souvent pris en fin de journée ou entre 2 consultations qui accroît cette sensation de manque de temps pour M3 « *il faut caler du temps entre 2 visites... il faut trouver du temps pour ça quand on a des plannings déjà plein. C'est du stress et du temps* »

La téléalarme, l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA), les aides ménagères ou les auxiliaires de vie, une fois mises en place, sont des prestations sociales utiles et indispensables pour la prise en charge du patient âgé. Cependant, sans supervision ou formation sérieuse, elles « *perdent tout leur bénéfices* » pour M12-13 et M2 en citant sa patiente « *la téléalarme je dois la garder ? C'est pénible, parfois je l'oubli* ».

Parfois obtenir des aides n'est pas évident et avoir un GIR pas assez conséquent nécessite une participation pécuniaire des patients pour financer une aide-ménagère. Chez des patients ayant peu de revenus, ils ne peuvent pas se permettre cette dépense et « *préfèrent ne pas avoir d'aides plutôt que de payer* » selon M12-13 et M8 « *les gens ne veulent pas payer pour leur santé* ».

3. Avoir des organismes de gestion sociale est une aide précieuse car connaître les différents dispositifs d'aides sociales existantes est difficile pour le médecin généraliste, surtout s'il est nouvellement installé

Le recours à ses structures est béni par certain médecin comme M3 « *mon ange gardien c'est la MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie)* ». Leur rôle est de s'occuper du côté administratif et le médecin peut donc se concentrer pleinement à sa prise en charge médicale. Mais avoir recours à ces structures n'est pas systématique et beaucoup de médecins ne connaissent pas ces organismes. Sur les 12 entretiens, uniquement 2 ont cité cet organisme (M3 et M7).

4. Un abandon progressif des visites à domicile pourtant essentielles pour des consultations plus confortables au cabinet mais ne reflétant pas la réalité du patient

Venir au cabinet renvoie au médecin généraliste une image d'une certaine autonomie conservée par le patient. M3 nous dit « *s'ils viennent au cabinet c'est qu'ils sont en forme. Que normalement et statistiquement ils risquent moins de chuter à court terme* », notion qui reste cependant à nuancer et notamment pour les patients venant accompagnés. En effet toujours pour M3 « *ils sont accompagnés la plupart du temps, donc il y a de la fragilité* » et c'est un signe qu'il faut prendre alors en compte.

Mais venir au cabinet est considéré comme un événement important pour le patient, souvent il ne véhicule pas la vraie image de sa réalité. En effet lors de la consultation au cabinet, le patient sera souvent bien chaussé, utilisera de façon adéquate son déambulateur et fera de multiples efforts pour montrer au médecin que tout va bien : M2 « *mes parkinsoniens quand ils viennent... ils font un effort de taré... au domicile : ils ont pas de chaussures qui tiennent, ils ont des charentaises pourries. Elles, vous ne les avez pas au cabinet* »

De plus, le rythme soutenu des consultations au cabinet nécessaire pour s'adapter à une demande de plus en plus importante entraîne un manque de temps alloué au patient, pour M4 « *avoir du temps pour discuter des chutes tranquillement ... c'est difficilement conciliable avec le rythme trépidant et soutenu de la médecine générale* » et nécessite de différer certaines prises en charge pour M8 « *il y a tout le temps quelque chose d'autre à faire ou à renouveler* ».

Consulter au cabinet implique de ne pas voir le domicile des patients, le médecin ne peut alors pas se rendre compte des aménagements de la maison et des potentiels dangers existants notamment vis-à-vis des chutes, pour M8 « *on voit la personne dans sa globalité dans son environnement. On apprend pleins de choses* ».

Enfin, la consultation au cabinet a une durée trop courte, « *15-20min... et c'est difficile de prioriser* » selon M8. De plus la « *pression de la salle d'attente et du retard pouvant s'accumuler* » font parfois différer certaines prises en charge pour M9

Lors d'une consultation au cabinet il est nécessaire d'être attentif aux signes d'alerte durant son déroulé notamment au moment du « *déshabillage et habillage du patient* » pour M11 ou « *monter sur la table d'examen* » pour M10. Il s'agit de deux situations où il est facile de débiter un point prévention pour les chutes pour M10 « *Quand je vois que c'est difficile... c'est un bon moment pour en parler* ».

Le médecin généraliste est également soumis à une certaine « *pression de l'ordonnance* », qui doit « *obligatoirement* » clôturer la consultation. C'est l'attente du patient d'après M7, et le praticien s'attardera donc moins aux « *à-côtés* » : le chaussage, le sensoriel, le domicile.

Les médecins généralistes sont unanimes, la visite à domicile est intéressante et indispensable quand on parle de prévention des chutes. La VAD c'est « *l'essence même de la médecine générale* » pour M8. Elle permet de rentrer dans l'intimité du patient, aide à mieux le connaître : M2 « *je fais pleins de visites... j'arrive à sentir plus facilement les modifications* » et renforce la relation médecin/patient. Pour M8 « *Il y a un côté humain, un côté prise en charge globale, un côté relationnel plus intense* » au suivi du patient que la consultation au cabinet et donne toute « *sa spécificité au médecin généraliste qui, sans elle, devient un spécialiste* ».

Aller au domicile permet de mieux se rendre compte des habitudes du patient. Elle est essentielle pour connaître l'environnement habituel du patient qui est le lieu de la plupart des chutes selon M2 « *ils sont dans leurs habitudes, ils se disent que ce n'est pas là qu'ils vont chuter* ».

Cependant il existe un franc désintérêt actuel pour les visites. Acte chronophage pour bon nombre des médecins interrogés, mal rémunéré et peu confortable pour le travail par rapport au cabinet, elle est également peu attirante pour le médecin remplaçant selon M9 « *Si on veut assurer une continuité de soin, les visites c'est pas du tout attractif* »

C'est un acte médical régulé et contrôlé, par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) d'une part, imposant des visites médicalement justifiées d'après M10 « *on fait moins de visites qu'avant... La CPAM nous a bien dit que les visites devaient être médicalement justifiée* » et par le médecin généraliste, d'autre part, pour ne pas habituer le patient pour M8 « *Est-ce que j'ai envie d'habituer mes patients à aller les voir à domicile alors qu'ils peuvent venir ? NON* ».

C'est une charge de travail conséquente surtout en cas de secteur médical d'exercice étendu et devant la demande grandissante de visites mais aussi de présence médicale au cabinet, concilier les 2 n'est pas évident pour M12-13 « *on en a fait jusqu'à 1000 par an ! ... il m'est arrivé de faire 2 visites espacées de 20km* ». Faire venir le patient en ambulance au cabinet est une solution pour pallier à cela qui n'est pas toujours mise à profit d'après M12-13 « *moi j'ai du mal encore avec ça* ».

5. Travailler en équipe et avoir un réseau de soins riche et diversifié sont des aides précieuses mais qui possèdent certaines limites.

Le trinôme IDE/kiné/médecin forme un « *réseau plutôt informel* » d'après M2 souvent basé sur les affinités de chacun et avoir des contacts réguliers aide à créer une relation de confiance surtout avec les Infirmières Diplômées d'État (IDE) autant en ville qu'en EHPAD.

Être installé en maison de santé pluriprofessionnelles ou en cabinet de groupe aide à avoir un contact privilégié avec les IDE et les kinésithérapeutes et permet d'appuyer la demande des familles pour une prise en charge : M3 « *on a des contacts privilégiés* ».

Travailler en équipe permet également un partage de contact et de connaissances et avoir des associés ou des collaborateurs permet de se concerter et aide à la prise en charge des patients, surtout s'ils pratiquent de la gériatrie : M4 « *Ah moi ce qui m'aide c'est d'avoir mon associée qui fait de la gériatrie* »

Les infirmières, elles jouent un rôle majeur, ce sont des sentinelles, des « *pièces maitresses dans notre activité au quotidien* » pour M9. Elles sont les « *yeux et mains du médecin généraliste* » toujours selon M9.

Leur présence est indispensable et outre le lien social qu'elles entretiennent avec le patient, leur passage permet une surveillance et surtout de vérifier l'observance de ceux-ci, tant vis-à-vis des

traitements que des adaptations du domicile et de la mise en place des dispositifs d'appels à l'aide comme la téléalarme : M6 « *quand il y a des passages infirmiers, ça permet de vérifier qu'elle est bien mise* ».

Cependant, prescrire un passage infirmier se fait parfois sur des indications limites. C'est surtout pour avoir une présence ou un passage comme le précise M9 « *Moi quand je fais une prescription de passage de 2 fois par jour, c'est aussi pour surveiller, pour voir ce qu'il se passe* », créer un contact dans le but d'une majoration des aides plus tard pour M12-13 « *en faisant un passage infirmier...pour qu'il y ait quelque chose qui se crée avec l'infirmière* », et pallier aussi au manque de moyen.

Le kinésithérapeute possède un rôle majeur et essentiel dans le « *dépistage des troubles de la marche et de la fragilité* » pour M1. Lors d'une chute son intervention est indispensable et une prescription est systématiquement faite pour M6 « *je prescris beaucoup de kiné* » ou M5 « *j'envoyais très facilement chez le kiné faire des bilans et apprendre à se relever* » afin de « *lutter contre la basophobie* » comme le précise M12-13. Cependant l'observance, elle, l'est beaucoup moins d'après M11 « *une patiente fait ses exercices* ».

Cette étude a permis de mettre en évidence une réelle difficulté de prise en charge kinésithérapique post chute en ville. Les praticiens semblent subir également une surcharge de travail selon M7 « *des kinés à domicile il y en a pas beaucoup... ça doit peut être pas les brancher* » ou M8 « *le kiné à domicile ! ça n'existe pas dans mon secteur* » et peut être sont peu motivés par la prise en charge du sujet âgé. Ils ne possèdent souvent pas le matériel nécessaire pour une prise en charge optimale du patient chuteur nécessitant une rééducation pour M12-13 « *je veux que le kiné vous mette par terre, qu'il vous apprenne à vous relever... ce qu'ils font ces 2 tours de table et on s'assoit* ». De plus comme pour le médecin généraliste, la prise en charge à domicile est chronophage, le kinésithérapeute passe rapidement et la prise en charge de ce fait reste non optimale pour M12-13 « *c'est bonjour-au revoir* » ou M11 « *bon après les kinés (lève les yeux au ciel)* ».

6. Le recours aux équipes spécialisées reste inconstant, souvent méconnu et peu attractif du fait de délais de consultation très longs.

Connaitre la filière gériatrique et avoir sous la main le numéro de la ligne d'urgence gériatrique permet d'avoir un avis rapide pour M3 « *j'ai vite enregistré le numéro dans mon téléphone... Ils*

sont précieux, on se débrouille pour ne jamais les perdre » qui aide à la prise en charge des patients chuteurs.

Faire des bilans de fragilités et avoir recours à la consultation mémoire et à l'EGERI sont des soutiens non négligeables pour les médecins généralistes notamment lors des prises en charge difficile pour conforter leur avis quand ceux-ci sont à bout de ressources pour M9 « *J'ai fait venir l'équipe de l'EGERI, qui est venu à domicile pour constater les choses et essayer de la convaincre aussi* ».

Leurs recommandations bien détaillées sont de véritables lignes de conduite pour le médecin comme le précise M9 « *C'est vrai que c'est fantastique ! L'hospitalisation de jour pour faire le point, c'est extraordinaire ! Avec ce qu'il faut mettre en place derrière !* ».

Malgré tout, leur accès reste difficile, les délais, hors urgences, pour avoir des bilans de chute en centre sont très longs, les rendant peu attractifs pour le médecin généraliste : M9 « *seul bémol, c'est que c'est long...* ».

Dans le cadre de l'urgence, avoir accès directement aux professionnels est compliqué également, il faut subir le barrage de la secrétaire, faire un courrier et l'envoyer par mail.

Cela demande du temps au médecin et souvent entraîne un retard dans la prise en charge et renforce le sentiment de décrédibilisation de la médecine générale pour M9 « *Avant on donnait un coup de fil et puis voilà... on avait un rendez-vous... Maintenant il faut faire un mail, il faut décrire... comme si notre avis.... Enfin on remettait en question notre compétence ou on avait un doute...* » et M12-13 « *il y a les problèmes de la ville et de l'hôpital. L'hôpital s'imagine qu'on enfle des perles toute la journée* ».

De plus avec la pandémie, tout le monde est submergé de travail, et il est encore plus difficile de créer un réseau de soin, laissant le médecin seul face aux demandes des patients d'après M12-13 « *l'hôpital a fermé ses portes...* ».

Faire intervenir une structure spécifique en aménagement du domicile comme l'Équipe gériatrique de réinsertion et d'intervention (EGERI) dépendante du CHU Caremeau à Nîmes, au domicile des patients leur renvoie l'image de l'hôpital. Souvent vues comme intrusives, leurs recommandations aboutissent rarement d'après M2 « *quand l'EGERI vient faire une évaluation, déjà c'est associé à l'hôpital donc c'est pas évident. En plus ils disent qu'il faut tout casser... 9 fois sur 10 ça n'aboutit pas.* »

Cette structure est bien connue des médecins généralistes interrogés, pourtant le recours à leur expertise ambulatoire est très peu utilisé, souvent par méconnaissance de leur indication pour

M11 « je pensais pas qu'on puisse y avoir accès comme ça, sans que le patient sorte de l'hôpital avant » ou M1 « c'était plutôt pour des patients de l'HDJ dans le processus de suivi... de moi-même je ne saurais pas qui solliciter ».

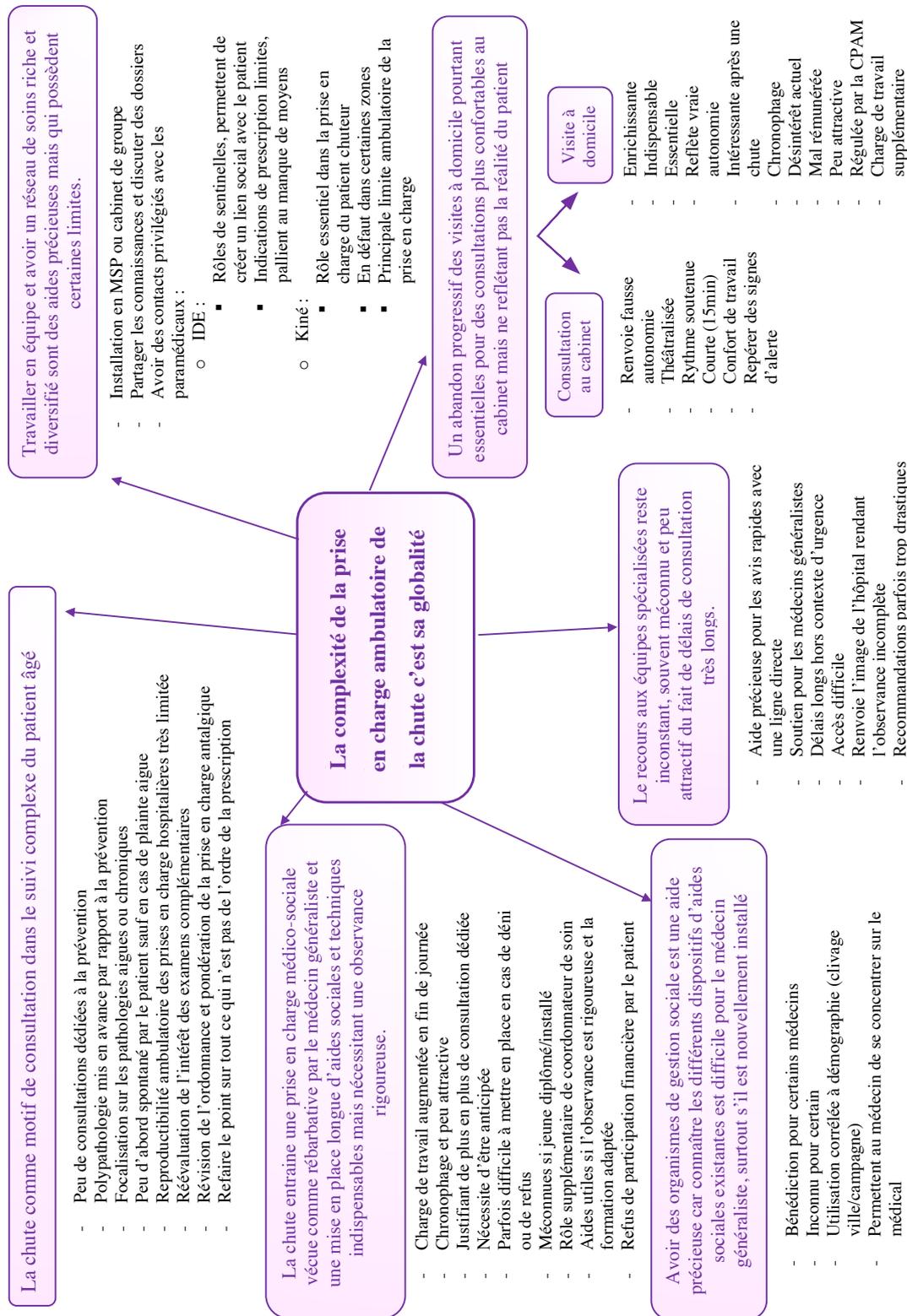


Schéma 4 : La complexité de la prise en charge ambulatoire de la chute c'est sa globalité.

IV. DISCUSSION

A. Principaux résultats obtenus

Plus que le manque de temps et de moyens, ce qui interfère dans la prise en charge des chutes dès le départ et donc retarde la mise en place des mesures préventives, semble être ces deux conceptions diamétralement opposées avec des représentations de la chute très différentes entre patients et médecins.

En effet, cette étude nous montre que pour tous les médecins généralistes gardois interrogés, la gravité de la chute est bien réelle. C'est un facteur de risque de morbidité et de perte d'autonomie, d'origine polyfactorielle et le plus souvent vue comme inévitable dans la vie du patient âgé. Cela renseigne sur sa fragilité et engendre une charge de travail supplémentaire pour le médecin impliquant une participation émotionnelle importante et ambivalente pouvant aller jusqu'à sa remise en question vis-à-vis de son travail.

Dans cette thèse, les médecins généralistes gardois semblent se heurter dès le départ et par la suite aux représentations du patient et à sa prise de conscience difficile vis-à-vis de son état de santé. Cela engendre un retard de prise en charge et explique qu'actuellement la prévention des chutes reste plus secondaire que primaire. En effet, celle-ci est directement liée aux confidences des patients sur le sujet, et ceux-ci ont souvent tendance à banaliser, minimiser ou occulter cet événement qui aura peu d'impact sur leur vie surtout si celui-ci n'a pas engendré de séquelles.

A travers les différents témoignages recueillis, il s'avère que le médecin est souvent mis au courant à posteriori ou parfois jamais par le patient par peur des changements que la chute pourrait impliquer, ce qui crée un obstacle à la prise en charge préventive.

Le manque de moyens, d'adhésion et d'observance des patients, mais également des familles, aux préconisations et recommandations médicales aboutissent à une majoration de la charge de travail et des sollicitations pesant sur le moral du médecin. Il se doit d'arriver à communiquer avec le patient et l'entourage pour "parler le même langage" et avancer dans la direction de la prévention de la chute, ce qui est difficile quand les représentations sont aussi divergentes. Il faudra donc trouver le bon moment pour diffuser un discours de prévention clair et répétitif. Il est important de persévérer et de revoir nos exigences médicales à la baisse avec nos patients âgés chez qui souvent la bonne observance des conseils reste limitée.

De plus cette étude met en évidence la difficulté d'une prise en charge ambulatoire globale des sujets âgés. Souvent focalisés sur les problématiques aiguës ou le contrôle des pathologies chroniques lourdes, la prévention des chutes restent limitée et souvent différées et il existe peu de consultations dédiées à la prévention du risque de chute.

Pour les médecins interrogés, la chute permet de faire le point sur tout ce qui n'est pas de l'ordre de la prescription. C'est l'opportunité de faire une réévaluation sensorielle, de faire le point sur des aides à domicile déjà présentes ou à mettre en place mais aussi le moment de revoir l'aménagement du domicile des patients chuteur, et ce d'autant plus, si c'est le lieu de la chute. Tout cela afin de favoriser un objectif commun qui est le maintien au domicile, autant que possible, de la personne âgée.

Les médecins ayant participé aux entretiens sont tous unanimes : faire des visites à domicile est essentiel et indispensable pour prendre en charge le patient âgé dans sa globalité. Ce mode de consultation possède de multiples avantages : il permet de connaître la vraie réalité du patient, sa véritable autonomie, la qualité de son environnement habituel et renforce la relation médecin/malade, à la différence d'une consultation au cabinet parfois informelle et occultant la réalité du patient. Les médecins sont également unanimes sur tous les inconvénients qui incombent à la VAD : son côté chronophage, peu confortable, mal rémunéré et devant se rajouter à la demande grandissante de présence au cabinet. Cela majore leur désintérêt et l'abandon progressif de ce mode de consultation.

La prise en charge sociale elle aussi est une charge de travail supplémentaire pour les médecins généralistes interrogés, subissant le refus ou la faible anticipation des patients ou de leur famille et soumis à la longueur administrative lors de la mise en place des aides.

Avoir un réseau de soins riche et pluri-professionnel et travailler en équipe est indispensable pour prendre en charge le patient âgé chuteur. Malgré tout, la mise en place de soins infirmiers est souvent vécue avec une réticence initiale par les patients et l'accès à certains paramédicaux tels que les kinésithérapeutes, reste un facteur limitant récurrent lors de la prise en charge ambulatoire des chutes faute de disponibilités ou de moyens.

Faire appels à des structures spécialisées hospitalières reste également peu utilisé par les médecins généralistes, souvent sollicités lors de prises en charge complexes afin d'avoir un soutien confraternel, mais peu en prévention car les aménagements et les conseils préconisés ne sont pas mis en application par les patients.

B. Forces de l'étude

1. Un sujet d'actualité avec un impact important en santé publique

Selon les données de Santé Publique France, 450000 patients de plus de 65ans seraient victimes d'au moins une chute chaque année. Au-delà de 65ans, un tiers de la population sera victime d'au moins une chute dans l'année, ce chiffre atteint 50% au-delà de 85ans.

La chute est donc un facteur de morbidité non négligeable, responsable de 76000 hospitalisations par an suite à des fractures de l'extrémité supérieure du fémur, mais elle est également responsable de 9300 décès(19).

Devant la population vieillissante, la proportion de sujet âgé se majore dans nos patientèles, et le médecin généraliste est un acteur essentiel dans la prévention des chutes. Et ce, d'autant plus que 2/3 des chutes surviennent au domicile des patients.

2. Un sujet vaste qui ouvre sur de nombreuses autres problématiques que celle étudiée.

La problématique des chutes est indéniablement une problématique d'actualité en lien direct avec notre patientèle âgée.

Mais lors des entretiens, le sujet de la chute renvoie à la prise en charge globale du sujet âgé et ouvre donc le dialogue sur les différentes modalités de suivi avec des discussions sur de nombreux autres sujets soumis à digression comme la place de la visite à domicile, la rémunération, le sentiment de remise en question et la charge émotionnelle des médecins, m'obligeant à rappeler le sujet principal de l'entretien.

3. L'avantage du choix de la méthode qualitative

La réalisation d'entretiens semi-dirigés par questions ouvertes permet de laisser une place importante à la discussion. Cela donne l'opportunité à la personne interrogée de s'exprimer sur ses expériences personnelles, ses ressentis, ses idées pouvant ainsi déboucher sur de nouvelles pistes de réflexion. Dans ce travail, la réalisation des entretiens se faisant exclusivement en présentiel, il a donc été plus facile de rebondir sur une idée afin de l'approfondir ou a contrario de ramener la discussion sur la problématique principale quand celle-ci s'écartait du sujet.

La durée minimale des entretiens était de 10 min, et le plus long avoisine l'heure. Cela montre que malgré une faible expérience en recherche qualitative, le médecin interrogé a été à l'aise avec ce vaste sujet, a pu verbaliser son vécu et nous avons pu échanger longuement sur son expérience. De plus cette méthodologie permet d'observer et d'analyser la communication non verbale rapportée tout au long de l'entretien.

4. Une retranscription rapide

La retranscription mot à mot des entretiens a été réalisée le plus rapidement possible à la suite des différents rendez-vous afin de limiter les biais de retranscription et de mémorisation.

C. Faiblesse de cette étude

1. Biais de recrutement

Le recrutement des médecins pour réaliser cette thèse s'est fait sur la base du volontariat, en s'inscrivant via un google.doc. Tous les médecins étaient au courant du sujet de la thèse avant l'entretien. On peut donc imaginer que les participants étaient sensibilisés à cette problématique et que cela a pu engendrer un biais de sélection.

2. La méconnaissance de la méthode qualitative pour certains médecins

Du côté des médecins généralistes interrogés, certains étaient déstabilisés par les questions ouvertes ne sachant pas quoi répondre et éprouvant parfois le besoin de se justifier lors de l'abord de certaines difficultés de prise en charge (comme M10 qui dit « *c'est pas une critique* » en évoquant la disponibilité des infirmières libérales). Cela faisait perdre le rythme du dialogue et freinait le médecin peu habitué à ce mode de recueil à approfondir son ressenti.

De mon côté, un temps a été nécessaire pour bien comprendre et m'approprier la méthodologie des entretiens semi-dirigés. Il m'a fallu réaliser quelques entretiens afin de bien comprendre le principe des questions ouvertes, d'apprendre à ne pas orienter et ne pas être trop directive dans les questions et les relances.

Concernant l'analyse phénoméno-pragmatique, le codage du verbatim a initialement été difficile, avec une tendance à la classification en de nombreuses catégories et sous catégories plus qu'à l'analyse.

3. La communication non verbale peu étudiée

Étant peu habituée et seule pour la réalisation des entretiens, il m'a été difficile de mener l'entretien et de retranscrire en parallèle la communication non verbale. Elle apparaît de façon sporadique dans les entretiens et surtout lorsque celle-ci se substituait au discours verbal (comme par exemple M12-13 *éclats de rire*).

D. Confrontation à la littérature.

La littérature est riche en ce qui concerne les chutes chez les personnes âgées. Il existe de nombreux accord de bonnes pratiques regroupant les différentes stratégies de prévention en vue de diminuer leur incidence. La Société Française de Documentation et de Recherche en Médecine Générale (SFDRMG) dans sa fiche de synthèse de novembre 2005(20) détaillait la démarche de prise en charge préventive des chutes à destination des médecins généralistes. Elle visait à mettre en évidence deux points clés : le premier : repérer la personne à risque. Pour cela, il est nécessaire de penser au risque de chute en demandant régulièrement au patient s'il a été victime d'une chute, d'identifier des facteurs de risques intrinsèques et extrinsèques et de réaliser quelques tests de dépistage simples au cours de la consultation. Le second : Évaluer le risque et intervenir en fonction.

Dans cette étude, aucun des médecins interrogés n'a décrit une démarche de dépistage systématisée. Trop chronophage ou standardisée, le dépistage se fait surtout selon le ressenti du médecin et si un élément de vulnérabilité lui saute aux yeux. Comme le précise M12-13 « *il y a tout un questionnaire, c'est trop long... en fait je le fais pas car on a suffisamment de bouteille* ». Il en est de même pour les tests de dépistage au cours de la consultation qui n'ont pas été évoqués lors des entretiens. Comme le souligne le Docteur Constance DUMAY dans son travail de thèse portant sur la prise en charge des chutes réalisé en 2018(21), ceux-ci n'étaient pas réalisés en pratique quotidienne. Les médecins interrogés expliquaient « ne pas les connaître ni les maîtriser suffisamment et ne pas avoir le temps de les utiliser ». Elle met également en évidence dans son travail les mêmes freins que nous avons pu observer, à savoir, une articulation difficile entre la ville et l'hôpital ou les services d'aides sociales, le manque de temps, la méconnaissance d'une antériorité de chute et surtout le manque de motivation des patients pour adapter leur mode de vie et ainsi prévenir la récurrence.

La chute est pourtant un événement préoccupant, le point de vue des médecins généralistes converge vers la même idée de fragilité et de perte d'autonomie. Le sentiment des praticiens vis-

à-vis d'une certaine banalisation de la chute par le patient a été mis en évidence par le Docteur Maud LAMOUILLE dans son travail de thèse réalisée en 2015 portant sur la déclaration ou la non déclaration des chutes à son médecin généraliste(22). En effet, ce travail retrouve les mêmes idées que celles retrouvées dans notre étude actuelle à savoir que la chute représente pour le patient un aveu de faiblesse, une peur et un sentiment de culpabilité souvent difficile à aborder avec son médecin. La peur de l'hospitalisation, de l'institutionnalisation, des changements qu'elle peut engendrer et la peur de la parole du médecin. Il en ressort également cette notion de banalisation de l'évènement. Le patient éprouvera un détachement vis-à-vis de celui-ci associé à un certain fatalisme et ne pensera pas toujours qu'il est possible d'avoir une action préventive.

Il a également été mis en évidence que les patients seraient plus à même de déclarer une chute si la question leur était directement posée surtout si celle-ci vient de leur médecin traitant avec qui la relation de confiance favorise la confession des patients sur le sujet. Dans son travail, le Docteur Maud LAMOUILLE confirme l'absence de consultation médicale dédiée à la chute. Les patients qu'elle a interrogés parleront de la chute à leur médecin au cours d'une consultation prévue, regroupant souvent un ou plusieurs motifs. Et parfois, pour ne pas rallonger la liste des problèmes, reporteront ultérieurement la déclaration de cet évènement.

En dehors de la consultation au cabinet qui pose un réel problème de manque de temps, une alternative serait une majoration des visites à domicile. Pratique médicale exclusivement effectuée par les médecins généralistes et jugées essentielle selon eux dans la prise en charge des chutes, cette pratique pourrait revoir le jour grâce à la modification de l'avenant 9 depuis le 30 juillet 2021 signant une revalorisation de la rémunération des praticiens pratiquant des visites à domicile qui prendra effet dès le printemps 2022.(23)

Nous avons vu dans cette étude que la prévention de la chute était avant tout secondaire. Il est donc important de se donner les moyens de lutter contre la récurrence, puisque près de la moitié des chuteurs font deux chutes ou plus en un an (24). Un de ces moyens est l'activité physique, qui possède une place indispensable dans le suivi du patient chuteur. Cependant la difficulté de recours aux kinésithérapeutes libéraux entraîne un défaut de prise en charge. Peu disponible, peu de matériel et une prise en charge ambulatoire non optimale sont les écueils à corriger. Augmenter les moyens ambulatoires de rééducation serait une aide non négligeable pour les patients chuteurs. Pour pallier à cela, l'assurance maladie sur son site Ameli.fr (25)sensibilise sur la nécessité de pratiquer une activité physique régulière, adaptée à l'âge et de travailler l'équilibre pour éviter de tomber. Le recours à des enseignants en activité physique adaptée serait également une solution

pour pallier au manque de kinésithérapeutes libéraux et permettrait d'encadrer les patients au moment de leur rééducation.

V. CONCLUSION

Les connaissances sur les chutes des médecins généralistes gardois semblent être bien acquises. La prise en charge ambulatoire, elle, est une source de fortes préoccupations pour le praticien et semble surtout dépendre de la capacité des patients à comprendre les enjeux de la prévention et à communiquer sur le sujet avec leur médecin traitant. Il est essentiel pour le médecin d'avoir un discours clair et répétitif sur ce sujet souvent banalisé par les patients.

Cette divergence de point de vue, soumise au manque de temps et de moyens, limite la prise en charge globale et pluridisciplinaire dont ont besoin les patients chuteurs.

Le travail en équipe, le recours aux équipes spécialisées de gériatrie, l'environnement familial proche disponible et aidant ainsi qu'une relation de confiance avec le patient permettent le plus souvent une bonne observance des soins et sont des éléments facilitant le suivi et la prise en charge.

Dans ce cas on peut se dire que pour améliorer la prise en charge des chutes, et par extension leur prévention, il faut :

- Amener un changement des représentations que les personnes (pas que les patients) ont de la chute via des actions grand public ou des projets nationaux.
- Améliorer les compétences communicationnelles des médecins généralistes pour favoriser la compréhension des craintes de chaque patient.
- Modifier le discours de prévention et ne pas hésiter à poser la question d'une antériorité de chute au patient afin d'évaluer le risque et d'éviter ainsi la survenue ou la récurrence d'un tel événement.
- Encourager une prise de conscience rapide par le patient pour permettre la mise en place d'aides techniques, humaines et financières rapidement.
- Aider les médecins à se protéger psychologiquement dans ces prises en charge complexe pour qu'ils ne s'épuisent pas au cours de leur pratique professionnelle et continuent à s'investir auprès de leurs patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. TABLEAU DE BORD DE L'ÉCONOMIE FRANÇAISE - Évolution et structure de la population - Population au 1^{er} janvier 2021 [Internet]. [cité 19 juill 2021]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/details/20_DEM/21_POP/21A_figure1#
2. Pyramide des âges | Insee [Internet]. [cité 19 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381472>
3. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
4. Le nombre de personnes de plus de 60 ans devrait doubler d'ici à 2050 [Internet]. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/30-09-2015-who-number-of-people-over-60-years-set-to-double-by-2050-major-societal-changes-required>
5. Yves Rolland, Athanase Benetos, Armelle Gentric, Joël Ankri, François Blanchard, Marc Bonnefoy, et al. La fragilité de la personne âgée : un consensus bref de la Société française de gériatrie et gérontologie. *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 1 déc 2011;9(4):387-90.
6. Hauer K, Lamb SE, Jorstad EC, Todd C, Becker C. Systematic review of definitions and methods of measuring falls in randomised controlled fall prevention trials. *Age Ageing*. janv 2006;35(1):5-10.
7. World Health Organization, éditeur. WHO global report on falls prevention in older age. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008. 47 p.
8. Chutes [Internet]. [cité 19 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/falls>
9. OMS | Rapport mondial sur le vieillissement et la santé [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/fr/>
10. Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-et-prevention-chutes-chez-personnes-agees>
11. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 14 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_793371/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees
12. Haute Autorité de Santé - Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée [Internet]. [cité 13 juill 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272503/fr/prevention-des-chutes-accidentelles-chez-la-personne-agee
13. Enquête Permanente sur les Accidents de la Vie Courante (EPAC) [Internet]. [cité 19 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/enquete-permanente-sur-les-accidents-de-la-vie-courante-epac>
14. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
15. Pires A. "Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique". :88.

16. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. The phenomeno-pragmatic analysis: a relevant method for qualitative research in health care. *Vo U M E*. :8.
17. Oude-Engberink A, Arino M, Julia B, Bourrel G. Intérêt d'une approche sémiopragmatique peircienne pour une méthodologie analytique en recherche qualitative. :20.
18. Vermersch P. Entretien d'explicitation [Internet]. Érès; 2019 [cité 30 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/vocabulaire-des-histoires-de-vie-et-de-la-recherch--9782749265018-page-340.htm>
19. Chute santé publique France [Internet]. [cité 19 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/chute>
20. La rédaction de Médecine. Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée Les points-clés de la recommandation (SFDRMG/HAs 2005). *Médecine*. 1 nov 2006;2(9):407-10.
21. DUMAY C. Prise en charge de la chute de la personne âgée : pratiques, vécu, difficultés des médecins généralistes et perspectives. Etude qualitative auprès de 13 médecins généralistes du Rhône. Lyon Sud; 2018.
22. LAMOUILLE M. Entretiens auprès de sujets âgés : parler de sa ou ses chute(s) à son médecin ou pas ? Etude qualitative par entretiens semi-directifs. Rennes 1; 2015.
23. Avenant 9 : un texte pour mieux prendre en compte les besoins mis en lumière pendant la crise [Internet]. [cité 4 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/avenant-9-un-texte-pour-mieux-prendre-en-compte-les-besoins-mis-en-lumiere-pendant-la-crise>
24. Gonthier R. [Epidemiology, morbidity, mortality, cost to society and the individual, and main causes for falls]. *Bull Acad Natl Med*. juin 2014;198(6):1025-39.
25. Enfants, adolescents, adultes, seniors : quelle activité physique ? [Internet]. [cité 4 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/activite-physique-sante/age-activite-physique>

ANNEXE

LISTES DES CARACTERISTIQUES DU PARTICIPANT

- État civil

Age

Sexe

- Démographie

Lieu installation :

>Urbain

>Rural

>Semi-rural

Type d'Installation :

>Individuelle

>Collaboration ou Association en MSP

>Collaboration ou Association en maison médicale

>Collaboration ou Association en cabinet de groupe.

Mode d'activité :

>Visite à domicile

>Consultation sans rdv

>Consultation avec rdv

Secrétariat :

>Physique

>Téléphonique

>Absent

- Spécificité

DU :

Activité annexe au cabinet :

MSU :

>OUI

>NON

- Type de patientèle :

Annexe 1 – Liste des caractéristiques du participant

GUIDE D'ENTRETIEN

1/ Pour commencer, que représentent pour vous les chutes chez la personne âgée ?

2/ Quand l'un de vos patients chute, comment le vivez-vous ?

3/ Je vais vous demander de vous souvenir d'une situation d'un patient à vous qui aurait chuté. Pouvez-vous nous dire ce qui s'est passé ? (Je pense qu'il faudra s'attarder ++ sur cette question, car c'est celle sur laquelle le médecin sera franchement focalisé sur sa « vraie » expérience)

- o Comment cela s'est-il passé ?
- o Comment avez-vous réagi ?
- o Comment avez-vous abordé le sujet ensemble ?
- o Comment le patient a-t-il réagi ?
- o Dans cette situation en particulier, qu'est-ce qui vous a aidé à prendre le patient en charge ? Au contraire qu'est-ce qui a été difficile ?

4/ Comment votre pratique a-t-elle évoluée face à ces situations que vous avez vécues ?

5/ Selon vous quel est le meilleur moment pour discuter des chutes avec vos patients ?

Si le sujet n'a pas été abordé spontanément par le participant :

5 Bis / Quelle est la place de la visite à domicile dans votre pratique libérale ?

6/ Qu'est-ce que vous retiendrez de l'échange que nous avons eu ensemble et qu'est-ce qui vous paraît le plus important pour vous ?

Annexe 2 – Guide d'entretien

Je me présente, MARQUES Marion, étudiante et interne de Médecine générale en fin de cursus, actuellement en année thèse.

J'étudie l'expérience des médecins généraliste gardois sur la prévention des chutes chez leurs patients âgés. Pour cela je réalise une étude qualitative.

Cela consiste à recueillir votre témoignage sur le sujet pour mieux comprendre les leviers, les difficultés, les besoins en rapport avec celui-ci.

Je le réalise aujourd'hui avec vous car vous avez répondu favorablement à mon mail de recrutement.

Et je vous remercie de m'accorder votre temps.

Il sera enregistré au moyen d'un dictaphone et sera ensuite anonymisé.

Dès la fin de l'étude les données seront détruites.

A la fin de l'entretien Je vous demanderai quelques informations concernant votre pratique libérale et votre état civil.

Alors allons-y

Annexe 3 – Fiche de présentation

Je, soussignée déclare accepter, librement, et de
façon éclairée, de participer à l'étude de l'interne de médecine générale, MARQUES Marion,
intitulée :

Expérience des Médecins généralistes Gardois sur la prévention des chutes chez leurs patients
âgés.

Sous la direction du Dr SAGUY Hermine

But de l'étude : Une meilleure compréhension de la prévention et de la prise en charge des
chutes en soins premiers, permettrait d'améliorer leur prise en charge.

Engagement du participant : l'étude va consister à recueillir le témoignage du médecin
concernant son expérience propre et personnelle vis-à-vis du sujet.

Information du participant : le participant à la possibilité d'obtenir des informations
supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites
des contraintes du plan de recherche.

Confidentialité des informations : Vos témoignages seront anonymisés et détruits dès la fin de
l'étude

Déontologie et éthique : le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver
absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant
le participant (titre I, articles 1,3,5 et 6 et titre II, articles 3, 9 et 20 du code de déontologie des
psychologues, France).

Fait à le

Signatures :

Le participant

L'investigateur principal

Annexe 4 – Consentement écrit du participant

Annexe 5 – Retranscription intégrale des entretiens (cf. document additionnel)

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.

RESUME

Introduction : Selon l’OMS, les chutes sont la deuxième cause de décès accidentel ou par traumatisme involontaire dans le monde. C’est la tranche des plus de 65ans qui est la plus touchée. Malgré les différentes publications et recommandations sur le sujet, en France la prévalence des chutes reste importante et on considère qu’une personne sur trois de plus de 65ans chutera dans l’année. Pour essayer de comprendre cela, nous étudierons donc l’expérience des médecins généralistes gardois dans la prise en charge des chutes chez leurs patients âgés.

Méthode : Pour cela nous réaliserons une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 13 médecins généralistes.

Résultats : Prendre en charge des patients chuteurs est une source de préoccupations et de remise en question pour les tous les médecins interrogés. En plus du manque de temps et de moyens, ils se heurtent aux représentations divergentes du patient qui aura tendance à banaliser la chute entraînant inobservance et retard de prise en charge médico-sociale adaptée.

Pour se prémunir de cela, le médecin a besoin de travailler en équipe, d’avoir recours aux équipes spécialisées de gériatrie, d’avoir un environnement familial aidant ainsi qu’une relation de confiance avec le patient.

Conclusion : Les connaissances sur les chutes sont acquises, mais la prise en charge ambulatoire du patient chuteur reste difficile en médecine générale du fait des représentations du patient diamétralement opposées à celles du médecin.

Il est donc nécessaire d’amener le patient à changer sa vision, d’améliorer la communication médecin/malade et d’aider les médecins à se protéger psychologiquement.

Mots clés : chutes accidentelles, personnes âgées, médecine générale, prévention